

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Jacques LORNE

Ancien Externe des Hôpitaux
Né à Sens (Yonne), le 6 Novembre 1881

ÉTUDE

SUR LA PNEUMONIE FRANCHE

Du Premier âge

Président : M. RAYMOND, *professeur*

Juges { MM. DEBOVE, *professeur*
CLAUDE, *agrégé*
CASTAIGNE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1908



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale...	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	QUENU
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	GILBERT BALLET
Clinique médicale.....	{ ROGER HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY HUTINEL
Maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	
Clinique des maladies du système nerveux.....	JOFFROY
Clinique chirurgicale.....	GAUCHER
Clinique ophtalmologique.....	RAYMOND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LE DENTU
Clinique d'accouchements.....	{ BERGER RECLUS SEGOND
Clinique gynécologique.....	
Clinique chirurgicale infantile.....	DE LAPERSONNE
Clinique thérapeutique.....	ALBARRAN
	PINARD
	BAR
	RICHOMONT-DESSAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Bénévole

M. WALTHER, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

M. CHAUFFARD, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Cochin.

Externat

1903-1904 M. MOUTARD-MARTIN, Médecin de l'Hôpital de la Charité.

1904-1905 M. TOUPET, Médecin de l'Hôpital de la Charité.

1905-1906 M. BARTH, Médecin de l'Hôpital Necker.

1906-1907 M. WALTHER, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

Stage d'accouchements. M. le professeur PINARD.

— M. WALLICH, Professeur agrégé.

1907-1908 M. MARFAN, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

1908 M. le Professeur RAYMOND.

M. CLAUDE, Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux.

A TOUS MES MAITRES

MM. SERGENT, PAPILLON, LEROBOULLET
Médecins des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Étude sur la Pneumonie franche du Premier âge

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à l'hôpital des Enfants-Malades, nous avons eu l'occasion d'observer, salle Blache, deux cas de pneumonie lobaire aiguë franche chez des enfants de deux ans et de deux ans et demi. Le diagnostic était confirmé à la fois par les signes physiques et par l'évolution de la température. Etant donné que, pendant les premières années de la vie, c'est une affection considérée comme rare, niée même par certains auteurs, ces observations peuvent avoir quelque intérêt. Deux thèses déjà ont été faites, uniquement dans le but d'en prouver l'existence. Sur les conseils de notre maître M. Marfan, nous avons recherché les observations bien précises de pneumonie, chez les jeunes enfants de moins de trois ans, déjà publiées, et nous nous sommes efforcé de faire une étude d'ensemble sur la pneumonie du premier âge.

Nous essayerons, après avoir montré quelle a été

l'évolution des idées sur la fréquence de la pneumonie chez les jeunes enfants, de préciser les symptômes sur lesquels nous avons cru pouvoir nous appuyer pour admettre comme probantes les observations qui ont servi à notre étude clinique. Nous étudierons successivement, ensuite, la symptomatologie, les formes cliniques, les complications, le diagnostic et le traitement.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Dr Marfan, qui nous a guidé dans la rédaction de cette thèse et prodigué avec tant de bienveillance ses conseils éclairés, ainsi que notre maître M. le professeur Raymond, qui nous a fait l'honneur de bien vouloir présider cette thèse.

Première Partie

CHAPITRE PREMIER

Historique. — De la fréquence de la pneumonie lobaire aiguë franche dans le premier âge

Les idées sur la fréquence de la pneumonie franche chez les enfants du premier âge, se sont modifiées à mesure que nos connaissances sur sa nature se sont précisées et qu'elle a été mieux distinguée de la broncho-pneumonie. Son histoire est donc liée à celle de la broncho-pneumonie.

En 1838, Valleix la considérait comme très fréquente. A cette époque, en effet, on confondait sous le nom de pneumonie aussi bien la pneumonie lobaire que la broncho-pneumonie. La forme pseudo-lobaire de la broncho-pneumonie, encore appelée broncho-pneumonie à noyaux confluents, était mal connue. Cette dernière affection, cependant, n'était pas tout à fait ignorée; les cliniciens avaient remarqué que les enfants présentaient souvent une affection pulmonaire ressemblant à la pneumonie lobaire mais de nature indécise et mal déterminée. Il n'est donc

pas étonnant que tantôt ils confondissent la pneumonie franche avec la broncho-pneumonie, et que tantôt ils l'en séparassent. « C'est une opinion assez généralement admise, disait Valleix dans ses cliniques, que la pneumonie des enfants est souvent lobulaire, c'est-à-dire qu'elle consiste en des noyaux de tissu induré séparés par des portions de tissu sain avec lequel ils contrastent parfaitement. Cette espèce de pneumonie n'existe que quatre fois sur quinze, encore faut-il dire que, sur quatre cas, trois présentaient la pneumonie lobulaire d'un seul côté seulement, tandis que l'autre poumon offrait une hépatisation continue pour ainsi dire et non disséminée en noyaux. Dans cent treize cas, l'hépatisation n'était lobulaire que vingt-huit fois, c'est-à-dire sur le quart des sujets. D'où il résulte que, s'il est vrai que cette forme de pneumonie est presque particulière à la première enfance, il ne faut pourtant pas en conclure qu'elle existe ordinairement ».

A la même époque, Rilliet et Barthez, dans une monographie, confondaient, eux aussi, la broncho-pneumonie et la pneumonie lobaire. Ils n'admettaient qu'une différence de degré dans l'étendue des lésions entre la pneumonie lobaire et la pneumonie lobulaire. Ils reconnaissaient il est vrai que, dans certains cas, l'anatomie pathologique ne permet pas de retrouver les traces de ce passage de la bronchite capillaire à la pneumonie lobaire. « Dans la plupart des pneumonies surtout lobaire, disaient-ils, la bronchite n'est pas assez étendue et les symptômes arrivent trop brusquement pour qu'on puisse admettre

l'inflammation de tissu à tissu ». Rilliet et Barthez décrivaient donc, à côté d'une forme secondaire de pneumonie, une forme primitive à début brusque correspondant à la pneumonie franche. Contrairement à Valleix, ces auteurs considéraient cette forme primitive de la pneumonie comme rare. « Dans la grande majorité des cas, disaient-ils, la pneumonie survient chez les enfants atteints de quelque maladie antérieure », et plus loin : « Les enfants peuvent être atteints de deux espèces de pneumonie, l'une, assez rare, que nous appellerons franche ou plutôt primitive; l'autre, plus fréquente, que nous nommerons compliquée ou secondaire ».

Rilliet et Barthez, dans ce mémoire, soutenaient déjà, comme nous le verrons, les idées admises de nos jours par les cliniciens sur la fréquence de la pneumonie chez les jeunes enfants. Ils avaient voulu combattre les idées trop absolues de Ruz et de Gerhard pour lesquels les cas signalés ne sont pas démonstratifs.

En 1842, Barrier, dans son *Traité*, dit que la pneumonie lobaire est moins fréquente que la pneumonie lobulaire. Trousseau, Legendre partagent son avis.

A partir de 1867, on commence non seulement à prétendre que la pneumonie est rare dans le premier âge, mais à en nier complètement l'existence. Damaschino en effet, dans sa thèse sur les différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants, s'élève contre l'opinion de Rilliet et Barthez et celle de Ziemsen. Il se base sur ce fait que, sur 16 cas

de pneumonie qu'il a réunis, 5 seulement avaient trait à des enfants âgés de moins de cinq ans dont 1 âgé de quatre ans et demi, 3 autres de quatre ans, et un seul de trois ans ; « et encore ce dernier, qui guérit au bout d'un mois, était suspect de tuberculose ».

Vogel en 1872, Bouchut en 1878, ont à peu près les mêmes idées. Pour le premier, elle est rare chez l'enfant, exceptionnelle chez le nourrisson. Pour le second, on observe surtout des pneumonies secondaires succédant à des bronchites, « pneumonies dont font partie les pneumonies lobulaires et les broncho-pneumonies... Dans le premier âge, la pneumonie franche ne se présente jamais avec les caractères anatomiques qu'elle offre dans la pneumonie franche de l'adulte. Elle est, en effet, si peu différente de la pneumonie lobulaire qu'il est convenable de les rapprocher l'une de l'autre ».

Charcot, Cadet de Gassicourt, Joffroy, Parrot, complètent, par leurs travaux, l'étude de la broncho-pneumonie. Ils en étudient les formes cliniques et les différencient nettement de la pneumonie lobaire. Ils démontrent que certaines pneumonies, chez l'enfant, prises pour des pneumonies lobaires, ne sont, en réalité, au point de vue histologique, que des broncho-pneumonies. Aussi, se refusent-ils à admettre, dans le premier âge, l'existence d'une pneumonie lobaire.

Joffroy (thèse d'agrégation, 1880) décrit quatre formes de broncho-pneumonies : la bronchite capillaire,

la spléno-pneumonie, la broncho-pneumonie à noyaux disséminés et la broncho-pneumonie à noyaux confluents. C'est, à propos de cette dernière, qu'il dit que sa ressemblance est telle avec la pneumonie lobaire qu'elle « a fait prendre la plupart des broncho-pneumonies à noyaux confluents pour des pneumonies lobaires, par certains auteurs ». Cette forme de broncho-pneumonie, d'après lui, serait rare. Elle s'observerait surtout chez les enfants du premier âge, et serait toujours en cause toutes les fois que, chez un enfant de moins de deux ans, on serait tenté de croire à une pneumonie lobaire.

Quant à Parrot, il écrit à Cadet de Gassicourt, qu'il n'ose nier absolument les pneumonies fibrineuses chez les enfants au-dessous de deux ans, mais qu'il n'en a jamais vu, et qu'il attend des examens histologiques plus nombreux avant d'émettre une opinion à ce sujet.

Cadet de Gassicourt, d'abord porté à admettre l'opinion modérée de Rilliet et Barthez, impressionné par une autopsie faite sur un enfant de trois ans chez lequel il trouva de la broncho-pneumonie alors que l'évolution clinique de la maladie lui avait fait croire à l'existence d'une pneumonie lobaire, dit « qu'on ne peut admettre comme pneumonie franche toute observation où l'examen microscopique n'aura pas été fait ».

Descroizelles cependant, dans son *Manuel de Pathologie et de Clinique infantile*, prétend avoir ren-

contré des pneumonies franches chez des enfants âgés de moins de six mois.

En 1886, Carron de la Carrière fait sa thèse sur l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge. Il cite des communications écrites qui lui ont été faites par Cheale de Londres et par d'Espine de Genève, dans lesquelles ces médecins déclarent : que, s'il est difficile de prouver par des examens nécroscopiques l'existence d'une pneumonie lobaire franche chez les jeunes enfants, parce que cette affection est bénigne à cet âge, ils n'en croient pas moins à son existence, car, ils en ont vu cliniquement des cas dans leur clientèle. M. Hutinel en aurait également observé un cas chez un enfant de quinze mois.

M. Marfan, dans une clinique (*Semaine médicale*, 1900), parle d'un cas de pneumonie franche chez un enfant de treize mois, mais il ajoute : « Avant cet âge, toutes les fois que j'ai posé le diagnostic de pneumonie lobaire, l'évolution ultérieure ou l'autopsie ont démontré que ce diagnostic était erroné et qu'il s'agissait d'une pneumonie lobulaire, c'est-à-dire d'une bronche-pneumonie » et encore « toutes les fois que j'ai pu faire une autopsie d'un enfant de moins de douze mois, que je croyais atteint de pneumonie lobaire, j'ai trouvé non pas de l'hépatisation, mais de la splénisation. J'en conclus que, porter un diagnostic de pneumonie avant un an, c'est à peu près sûrement faire une erreur de diagnostic, car il s'agit presque toujours de broncho-pneumonie ».

D'autres médecins d'enfants, tout en admettant la rareté de la pneumonie du premier âge, semblent, peut-être, avoir une opinion moins absolue que celle de M. Marfan. M. Variot, dans un article (*Gazette des Hôpitaux*, 1903), dit à propos de la pneumonie infantile, qu'elle est très fréquente, s'observe même chez le nourrisson, mais elle n'est commune qu'à partir de deux ou trois ans.

M. Richardière a observé, dans son service, deux cas de pneumonie franche chez des enfants de vingt et de vingt-deux mois. Ils ont servi à faire une thèse sur la fréquence de la pneumonie franche au-dessous de deux ans. (Rabant. Thèse de Paris, 1902.)

Il est bien difficile de se faire une opinion d'après les statistiques. Hénoch, sur 44 cas, aurait vu dix pneumonies entre dix-huit mois et trois ans. M. Comby dans une statistique de 170 cas, comprenant des pneumonies observées chez des enfants âgés de zéro à quinze ans, trouve vingt-deux pneumonies de six mois à deux ans.

Dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (1893, p. 322), se trouve résumée une statistique de Muller de Moscou. Elle porte sur 1.500 cas de pneumonies observées chez des nourrissons dont 1.000 avec autopsie. Dans un tiers des cas, d'après cet auteur, la pneumonie était primitive, dans les deux autres tiers elle était secondaire.

Sur 371 observations de pneumonie infantile, rencontrées dans les différents ouvrages que nous avons consultés pour faire cette thèse, nous avons vu signa-

ler 67 cas chez des enfants au-dessous de trois ans, dont douze au-dessous d'un an. Il faut dire, que nous comptons, parmi ces observations, celles citées comme formes anormales de la pneumonie franche, telles que les pneumonies rudimentaires qui y entrent pour une forte part. Aussi, pour faire notre description clinique, nous en avons retenu quinze seulement qui, pour les raisons que nous allons maintenant étudier, nous ont paru les seules absolument probantes.

CHAPITRE II

Quels sont les signes qui permettent d'affirmer l'existence d'une pneumonie franche ?

Les avis ont donc été fort partagés sur la fréquence de la pneumonie dans le premier âge. Actuellement encore, quoique la broncho-pneumonie soit bien connue, les auteurs ne sont pas tout à fait d'accord. Ces divergences dans les opinions viennent de la difficulté du diagnostic chez les jeunes enfants. La pneumonie serait chez eux une affection bénigne, de sorte que les autopsies sont rares ; de plus, les enfants de cet âge sont difficiles à examiner : ils ne crachent pas comme on le sait, et les renseignements sont peu faciles à obtenir. La question est donc délicate à trancher. Toutefois, la plus grosse difficulté réside dans la ressemblance que la broncho-pneumonie peut, dans certains cas, prendre avec la pneumonie franche. La ressemblance est souvent telle que, comme nous l'avons vu, on a pu être tout étonné de trouver à l'autopsie, une broncho-pneumonie là où on croyait avoir affaire à une pneumonie. Certains auteurs vont même jusqu'à exiger un examen microscopique des pièces avant d'affirmer une pneumonie.

Nous sommes donc obligé, avant d'admettre comme probante une observation, en dehors de l'autopsie, de chercher s'il y a des signes cliniques qui permettent d'affirmer, à peu près sûrement, l'existence d'une pneumonie franche.

Pour cela, il nous faut définir la pneumonie, indiquer en quoi elle se différencie de la broncho-pneumonie, enfin discuter la valeur des signes cliniques et des moyens de laboratoire dont on se sert pour en faire le diagnostic.

La *pneumonie lobaire aiguë franche* est une affection nettement définie, tant au point de vue de son étiologie et de ses lésions anatomiques qu'au point de vue de son évolution clinique.

Elle est due à un seul microbe, le pneumocoque de Talamon et de Fraenkel, hôte habituel de la cavité bucco-pharyngée.

Elle frappe tout un lobe du poumon, ou une partie de celui-ci, déterminant au niveau de la partie lésée de l'hépatisation, c'est-à-dire, une transformation du tissu normalement spongieux du poumon en un bloc solide (le processus ne laissant pas d'intervalles entre les parties saines), de couleur rouge brun et granuleux à la coupe. Les altérations consistent en un exsudat riche en fibrine et en hématies remplissant les alvéoles pulmonaires. Celles-ci, ainsi distendues, donnent naissance aux granulations que l'on voit à la coupe. Quant aux parois alvéolaires et au tissu conjonctif du poumon, ils sont peu ou même pas touchés.

Cliniquement, la pneumonie est caractérisée par

son évolution cyclique d'une durée de cinq à neuf jours. Le début en est brusque et solennel, et la terminaison annoncée par une crise qui précède et accompagne la chute de la température. Elle guérit enfin, habituellement, sans laisser de traces.

Quand, par hasard, le malade succombe à son affection, à l'autopsie, il est ordinairement facile de distinguer la pneumonie de la broncho-pneumonie. Dans la pneumonie les lésions portent d'emblée sur un lobe ou un segment de lobe sans intéresser les autres parties de l'arbre respiratoire et déterminent de l'hépatisation.

Dans la broncho-pneumonie, le processus débute par des foyers lobulaires distincts, isolés par des parties saines de poumon et correspondant aux divisions des bronches primitivement enflammées. Il gagne peu à peu un plus grand nombre de lobules ; finalement, s'il s'agit de broncho-pneumonie pseudo-lobaire, il transforme une grande partie du poumon, tout un lobe même, en un tissu rouge, violacé, qui ne crépite plus sous le doigt, moins consistant que le tissu hépatisé et ne présentant pas, à la coupe, de granulations. Ce sont ces lésions que l'on désigne sous le nom de splénisation. De plus, si l'on presse sur le parenchyme pulmonaire, on fait facilement sourdre des bronchioles, une certaine quantité de pus.

Le processus inflammatoire dans les deux maladies est donc bien différent : dans la pneumonie les lésions sont primitives ; dans la broncho-pneumonie

elles sont, au contraire, secondaires, débutant d'abord par les bronches pour se propager ensuite dans les ramifications de l'arbre bronchique. Toutefois, à la table d'autopsie, la différence n'est pas toujours aussi nette ; on est souvent obligé d'avoir recours au microscope pour faire le diagnostic. L'exsudat de la broncho-pneumonie apparaît tout différent de celui de la pneumonie. Il est formé par l'épithélium pulmonaire desquamé, gonflé et par des leucocytes. Mosny il est vrai (Thèse de Paris, 1891) a rapporté quelques cas de broncho-pneumonie, observés chez des enfants de trois à quatre ans, dans lesquels l'examen microscopique a montré des lésions identiques à celles de la pneumonie ; mais, ce sont des cas exceptionnels. L'examen histologique permet en somme d'affirmer ou non l'existence de la pneumonie. Nous pourrions donc accepter comme probante toute observation où l'examen des lésions pulmonaires aura été fait.

Il s'agit maintenant de savoir si l'on peut, par la clinique ou les examens de laboratoire, affirmer, durant la vie, l'existence d'une pneumonie. Etudions d'abord la valeur des moyens de laboratoire employés pour faciliter le diagnostic.

Les enfants ne crachent pas. Ce n'est cependant pas une raison pour que l'examen des crachats ne puisse être fait. En effet, s'ils ne crachent pas, c'est qu'ils déglutissent leurs crachats ne sachant pas les expectorer. On a proposé d'aller les chercher en vidant l'estomac avec une sonde, pratique difficile,

parfois même dangereuse chez les petits enfants dyspnéiques. On a conseillé des procédés plus simples. M. Netter, pour se procurer des exsudats des bronches ou du poumon des jeunes enfants, a proposé de recourir à l'emploi des vomitifs ou de la terpine. Kaufmann à la clinique d'Epstein (Prague) obtient les crachats chez les nourrissons, en introduisant par la bouche jusqu'au vestibule du larynx. une sonde de Nelaton ; il provoque ainsi une toux violente et dans la sonde pénètrent des parcelles de crachats dont on peut se servir pour un examen bactériologique. M. Variot va simplement toucher légèrement les côtés et le fond du pharynx afin de provoquer quelques secousses de toux ; on voit alors le crachat, expulsé par la toux, sortir derrière l'épiglotte et arriver sur le fond du pharynx. Avec un tampon d'ouate hydrophile, monté sur un bâton ou une pince, on le recueille au moment de son émission.

La recherche du pneumocoque dans les crachats est donc possible ; malheureusement, sa présence n'est nullement pathognomonique d'une pneumonie, car on le rencontre dans la cavité buccale et il est l'origine possible de quelques broncho-pneumonies. Mosny prétend même que la forme pseudo-lobaire de la broncho-pneumonie est due à ce seul microbe (Thèse de Paris, 1891). Cette conception est rejetée par M. Netter qui n'admet aucune relation entre la forme de la broncho-pneumonie et la nature du microbe. Quoiqu'il en soit, si ce microbe est suscep-

tible de déterminer cette affection, et d'être rencontré dans les crachats de malades qui en sont atteints, on ne peut pas attacher trop d'importance à l'examen bactériologique.

L'examen du sang a été proposé par le professeur Hayem. Dans la pneumonie, on rencontre en général une augmentation du taux de la fibrine et des globules blancs. Au microscope, on aperçoit, dans le sang frais, au moment de la coagulation, un *réticulum* fibrineux très net, alors que, normalement, ce réseau est si fin qu'il est à peine visible. Mais cette fibrino-réaction n'est pas spéciale à la pneumonie. On la rencontre dans d'autres affections phlegmasiques, dans la broncho-pneumonie en particulier. Elle prouve donc qu'on a affaire à une phlegmasie du poumon, mais elle n'en indique pas la nature. Ce qui lui enlève encore de la valeur, c'est qu'elle est inconstante. Elle manquerait, d'après Gilbert et Fournier, dans la pneumonie à forme typhoïde.

MM. Variot et Chicotot ont essayé d'appliquer l'examen radioscopique au diagnostic de la pneumonie franche chez les enfants. Par ce procédé, ils auraient découvert des foyers de pneumonie profondément situés, impossibles à déceler par l'examen stéthoscopique. La radioscopie présenterait l'avantage de permettre de suivre l'extension du processus que l'on voit circonscrit par une ligne très nette, ou bien encore sa rétrogradation rapide. Pour Lecoq, (thèse de Paris, 1902), on pourrait différencier, d'après l'intensité de l'ombre, un foyer de pneumo-

nie franche d'un foyer de broncho-pneumonie pseudo-lobaire, car, dans ce cas, quand bien même il y aurait un souffle très intense, et très limité, « jamais l'ombre n'approche, en vigueur, de l'opacité que donne le foyer pneumonique ». La radioscopie donne donc des renseignements précieux, soit ; mais, outre qu'actuellement encore, elle présente, chez un pneumonique, des difficultés matérielles qui la rendent difficilement utilisable, elle ne peut servir, il nous semble, chez les jeunes enfants, qu'à indiquer la localisation d'un foyer de condensation pulmonaire. S'il faut quelquefois, après l'autopsie, recourir au microscope pour affirmer l'existence d'une pneumonie franche, ne paraît-il pas difficile d'admettre qu'on puisse différencier la broncho-pneumonie pseudo-lobaire de la pneumonie, en se basant seulement sur l'intensité plus ou moins grande d'une ombre ?

En somme, la bactériologie, l'examen du sang et la radioscopie peuvent être des auxiliaires utiles de la clinique pour éclaircir un diagnostic douteux, mais, comme nous allons le voir, ils ne sont pas supérieurs aux signes physiques et ne valent pas les renseignements fournis par la marche de la maladie et surtout par l'évolution de la courbe thermique.

Cliniquement, le diagnostic, entre la pneumonie et la broncho pneumonie, est simple. La pneumonie a un début brusque et solennel ; rapidement les signes stéthoscopiques sont bien localisés. La broncho-pneumonie, au contraire, est presque toujours

une affection secondaire. Apparaissant comme complication d'une maladie infectieuse ou éruptive, comme complication d'une rougeole, d'une coqueluche ou d'une diphtérie, le début est ordinairement plus ou moins lent et insidieux. Il y a d'abord un peu de bronchite, puis, le processus inflammatoire descendant jusqu'aux lobules pulmonaires, apparaissent des poussées congestives, des foyers successifs et multiples d'induration. Le mode de début dans la majorité des cas est donc différent. Il faut cependant compter avec les formes atypiques. La broncho-pneumonie, quelquefois, débute aussi ou presque aussi brusquement que la pneumonie. Cette dernière, d'autre part, peut apparaître au cours d'une maladie infectieuse et avoir un début plus ou moins insidieux. Le mode de début permet donc, simplement, de soupçonner une pneumonie ; mais il ne suffit pas pour poser un diagnostic.

A la période d'état, dans les deux maladies, les signes physiques sont également différents.

Au niveau du foyer pneumonique, la percussion dénote de la matité ou de la submatité ; à l'auscultation on entend, à la fin de l'inspiration, un souffle tubaire, lequel est accompagné d'une bouffée de râles fins et secs. Après la défervescence, le souffle disparaît peu à peu et les râles crépitants sont remplacés par des râles plus gros et humides. Ces signes sont caractéristiques. Le diagnostic ne se pose donc pas avec la bronchite capillaire dans laquelle les signes physiques sont tout à fait différents ; avec la

broncho-pneumonie à noyaux disséminés, il est encore facile. Jamais dans cette affection, la percussion ne dénote autant de matité qu'au niveau d'un foyer pneumonique. A l'auscultation, dans les deux poumons, on entend des râles de bronchite et au niveau des foyers de splénisation plus ou moins disséminés dans un seul ou dans les deux poumons, des râles muqueux à bulles fines. Pour qu'on entende du souffle, il faut qu'il y ait un foyer assez étendu, et encore est-il bien loin d'avoir l'intensité et la tonalité grave du souffle tubaire. Il s'agit plutôt d'une respiration bronchique que d'un véritable souffle. Un dernier caractère des signes physiques, dans la broncho-pneumonie à foyers disséminés, est leur variabilité ; d'un jour à l'autre ils se modifient, disparaissent dans un point de la poitrine pour apparaître dans un autre.

Le diagnostic devient beaucoup plus difficile avec la broncho-pneumonie pseudo-lobaire, surtout si on n'a pas pu suivre le malade depuis le début de sa maladie. Dans cette forme, « l'induration, dit Joffroy, est aussi marquée et aussi étendue que dans la pneumonie franche et la différence se trouve, du moins au point de vue des signes, que dans l'évolution de la maladie... Dans les cas de confluence des noyaux, on a un bloc donnant des signes de pneumonie franche : la submatité s'accuse, et l'on finit par trouver une matité véritable aussi nettement caractéristique que dans les cas de pneumonie lobaire étendue. En même temps, le souffle doux devient

de plus en plus rude et, finalement, il se rapproche du souffle tubaire s'accompagnant de bronchophonie et même d'une augmentation des vibrations thoraciques. On entend à ce niveau des râles très fins, absolument comparables à des râles crépitants. On a, dès lors, un tel ensemble de signes que, si l'on ne connaît pas la marche de la maladie, l'examen des poumons, ainsi altéré, conduirait infailliblement, à la conclusion qu'il s'agit d'une pneumonie lobaire franche. » De ce fait, la valeur des signes physiques se trouve donc jugée.

Dans la pneumonie comme dans la broncho-pneumonie, les signes fonctionnels sont variables. On ne peut en tirer aucune conclusion, car la dyspnée varie, en intensité, avec l'étendue du processus inflammatoire. Dans les deux cas elle peut être très intense ou passer presque inaperçue.

Il reste un dernier élément de diagnostic : l'évolution du cycle thermique.

Rien n'est plus variable que l'évolution de la fièvre dans la broncho-pneumonie. Elle ne répond à aucun type défini. Elle est capricieuse et n'obéit à aucune loi, comme le dit fort bien Cadet de Gassicourt. Elle monte tantôt lentement, tantôt brusquement pour rester élevée pendant un nombre de jours indéterminé. Parfois, chaque matin il y a une légère rémission ; d'autres fois, de grandes oscillations de température : le matin 38 degrés, le soir 40 ou 41 degrés. Elle peut durer ainsi, irrégulière, pendant une, deux, trois semaines et plus. En cas de guéri-

risson, la défervescence se fait lentement, entrecoupée souvent par de nouvelles élévations thermiques qui correspondent à de nouvelles poussées congestives passagères.

Bien différente est l'évolution de la température dans la pneumonie. Elle est régulière, fixe, donnant à la pneumonie un cachet particulier. La température monte brusquement ou tout au moins rapidement à $39^{\circ}5$, 40 degrés ; elle se maintient ainsi élevée, pendant cinq à neuf jours pour définitivement descendre à la normale en douze ou trente-six heures. « La pneumonie, dit Jaccoud, dans ses cliniques de la Charité, est enfermée dans un cycle nettement défini et soumis à des lois précises. Ce qui la caractérise encore, c'est la façon dont elle cesse. Dans les deux tiers des cas, la fièvre tombe le cinquième ou le septième jour. Sept fois sur huit, elle tombe au moment de la crise, et non en lysis. » C'est quelque chose de mathématique et d'irrévocable (Hanot).

L'évolution thermique est donc le meilleur moyen que nous possédions en clinique, pour affirmer l'existence d'une pneumonie. Dans quelques cas, il est vrai, la chute de la température est retardée de quelques jours ; mais à moins qu'il y ait une complication grave, au dix ou douzième jour, elle s'accompagne comme dans les cas normaux, d'une crise à laquelle succède la convalescence.

C'est donc la courbe thermique qui nous a guidé dans le choix des observations qui nous ont servi à

faire notre description clinique, toutes les fois que l'autopsie n'a pu confirmer le diagnostic. Nous avons éliminé, systématiquement, un certain nombre d'affections pulmonaires décrites sous les noms de pneumonie abortive ou rudimentaire, de pneumonie prolongée que l'on a rattachées à la pneumonie franche. Nous en parlerons, cependant, dans un chapitre spécial.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I (Personnelle)

(Prise dans le service de M. Marfan.)

*Pneumonie du sommet droit chez un enfant de deux ans.—Défer-
vescence en deux temps le septième et le huitième jour*

B... Maurice, âgé de deux ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Blache, n° 8, le 8 mai 1908.

Cet enfant serait né à terme ; l'accouchement et les suites des couches ont été normaux. Il a été nourri au sein par sa mère. Il a eu sa première dent à quatre mois, la seconde à cinq mois. Au moment de la sortie de la troisième dent, il a eu des convulsions, un petit abcès dentaire et il a été atteint de paralysie infantile. Il a eu la varicelle à un an, depuis il n'a pas eu d'autres maladies éruptives.

Depuis trois semaines le petit malade tousse ; le 2 mai, dit la mère, il jouait à 7 heures du soir, quand, à 8 heures il a été pris d'un léger frisson, de crises convulsives et d'un vomissement ; pendant la nuit il a eu un peu de diarrhée, il est allé trois fois à la selle.

3 mai. — Il a été purgé. Les jours suivants il a eu encore quelques troubles digestifs ; le 7 mai il a eu un vomissement. Pendant ce temps, l'enfant était nerveux, ses lèvres étaient

sèches, il avait de la difficulté pour respirer. Sa mère ne l'a pas entendu tousser ; il ne s'est pas plaint de point de côté.

8 mai. — Il est entré à l'hôpital. Le soir sa température s'élevait à 40°4. Le lendemain matin, à la visite, le petit malade est très dyspnéique, on compte 60 respirations à la minute ; le pouls est régulier, bien frappé, rapide à 144 ; la température s'élève à 40 degrés. Les yeux sont brillants ; il n'y a pas de rougeur de pommettes ; sur la joue droite on remarque la présence de quelques vésicules d'herpès. Depuis son entrée à l'hôpital l'enfant n'a pas toussé ; les selles ont été normales ; il a été impossible de recueillir les urines, l'enfant urinant sous lui. Le foie et la rate ne paraissent pas augmentés de volume ; les bruits du cœur sont un peu sourds. A l'examen des poumons, la percussion donne un son un peu tympanique sous la clavicule droite ; en arrière et à droite on délimite par la percussion une zone de submatité siégeant au niveau de la fosse sus-épineuse droite, descendant jusqu'à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse et s'étendant en dehors vers l'aisselle. A l'auscultation, on entend simplement en arrière, au niveau de la zone de submatité, un gros souffle tubaire que l'on perçoit d'autant mieux que l'on ausculte davantage dans l'aisselle.

Comme traitement, on prescrit une potion faite avec 20 centigrammes de formiate de calcium, V gouttes de teinture de noix vomique et 5 centigrammes d'ergotine Bonjean. De plus on prescrit un enveloppement sinapisé et une injection de sérum caféine pour soutenir le cœur.

10 mai. — La veille au soir, température, 40°7. Pendant la nuit, l'enfant a été un peu agité. Ce matin la température est tombée à 38 degrés ; la dyspnée est beaucoup moindre, le pouls est à 96. A l'auscultation, on entend toujours dans l'ais-

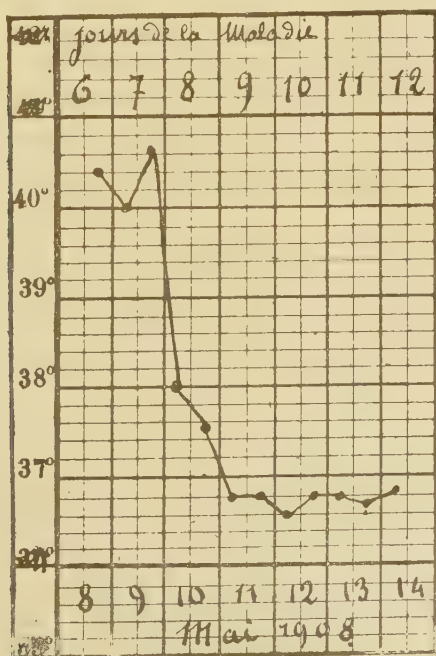
selle le souffle tubaire qui n'a pas diminué d'intensité. Le soir température, $37^{\circ}4$.

11 mai. — La dyspnée a disparu, la peau est fraîche ; l'enfant a demandé à manger. La température est tombée à $36^{\circ}8$; cependant, les signes physiques ne se sont pas beaucoup modifiés et l'on entend toujours dans l'aisselle le souffle.

13 mai. — Bon état général ; l'enfant s'alimente. Le souffle tubaire a diminué d'intensité et on entend maintenant dans l'aisselle quelques gros râles humides.

14 mai. — Le souffle a disparu, on n'entend plus au niveau du foyer pulmonaire que des râles humides. L'état général est excellent.

16 mai. — Les signes physiques ont entièrement disparu, l'enfant est tout à fait guéri et le 21 mai il est rendu à sa famille.



OBSERVATION II (Personnelle)

(Prise dans le service de M. Marfan.)

Enfant de deux ans et demi. — Pneumonie de la base du poumon gauche. — Défervescence brusque le septième jour

B... Robert, âgé de deux et demi, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, le 23 janvier 1908, salle Blache, n° 8.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire. Sa mère est bien portante ; elle a eu cinq autres enfants, une fille morte de broncho-pneumonie consécutive à une rougeole, une autre fille morte à deux ans de méningite tuberculeuse, deux jumelles mortes en bas âge de diarrhée verte, enfin, un garçon mort en naissant hydrocéphale.

Celui-ci est le dernier né ; il serait né à terme ; il a été nourri au sein par la mère et sevré à dix-sept mois. Il a eu sa première dent à six mois, il a marché à quatorze mois. Il n'a jamais été malade jusqu'à présent, il n'a eu aucune maladie éruptive.

Il y a trois jours (20 janvier) l'enfant a été pris brusquement de vomissements ; depuis, il tousse et il se plaint du ventre ; il aurait également eu, pendant les deux premiers jours, de la diarrhée.

23 janvier. — A la contre-visite, on remarque une dyspnée violente, on note 64 respirations à la minute et on trouve à la partie moyenne du poumon gauche un foyer de condensation pulmonaire.

24 janvier. — A la visite du matin, l'enfant est somnolent,

très dyspnéique (68 respirations à la minute), le pouls est rapide à 120 mais il est fort et bien frappé. Le facies est vultueux, les pommettes, surtout la droite, sont rouges ; la température est à 39 degrés. Les urines sont peu abondantes, foncées ; elles ne contiennent pas d'albumine. Le ventre est gros, ballonné, un peu météorisé ; il n'y a pas d'ascite. La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse, il n'y a pas de défense musculaire. Le foie et la rate sont normaux, l'enfant est un peu constipé, il n'est pas allé à la selle depuis son entrée à l'hôpital.

A l'examen des poumons, on constate en avant un peu de submatité sous la clavicule gauche et en arrière une submatité très nette à la base du poumon gauche. A l'auscultation on entend à la base du poumon gauche, un gros souffle tubaire se propageant à droite ; il n'y a presque pas de râles. On pose le diagnostic de broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Comme traitement on prescrit une potion avec 20 centigrammes de formiate de calcium, V gouttes de teinture de noix vomique et 15 centigrammes d'ergotine Bonjean. On prescrit également un lavement à l'eau bouillie et des enveloppements humides du thorax.

25 janvier. — L'enfant est toujours abattu et somnolent. La dyspnée cependant est moins marquée, 52 respirations à la minute, le pouls est toujours à 120.

Le souffle est toujours très fort ; tout autour on entend des râles crépitants fins. Le cœur est normal, le foie déborde légèrement les fausses côtes. L'enfant a eu une selle diarrhéique hier matin. On avait fait une oculo-réaction qui aujourd'hui est positive. Même traitement.

26 janvier. — L'enfant est tout à fait bien, Il joue sur son

OBSERVATION III

(Lecoq. Thèse de Paris, 1902)

Enfant de sept mois et demi. Pneumonie centrale. Autopsie.

Félix R..., sept mois et demi, entre le 15 juin à la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades, lit n° 4 bis. Cet enfant présente, depuis deux mois environ, des signes non douteux de gastro-entérite (diarrhée, vomissements). Le 13 juin son état s'est subitement aggravé : fièvre élevée, dyspnée, agitation. Le 16 juin, à son entrée à l'hôpital, température 40°5, dyspnée intense, facies cyanosé, extrémités froides.

L'auscultation, contrairement à toute prévision, ne donne absolument aucun résultat.

Examen radioscopique. — A la partie moyenne du poumon droit opacité très nette.

Bains chauds, enveloppements froids.

Les jours suivants ; même état, la température oscille entre 40 et 41 degrés. Cyanose persistante. Auscultation toujours silencieuse. Mort subite dans la nuit du 17 au 18 juin.

Autopsie. — Dans la partie centrale du lobe moyen du poumon droit, on trouve un noyau d'hépatisation rouge, gros comme une petite noix.

OBSERVATION IV

(Hayem. Thèse de Paris 1906)

Enfant de huit mois. Pneumonie du sommet gauche.

Défervescence le septième jour.

Garçon de huit mois. L'enfant est enrhumé depuis huit jours.

Le 19 février 1904 son aspect change brusquement ; la respiration est difficile. L'enfant a eu tout d'un coup beaucoup de fièvre, des symptômes sont survenus brusquement, la mère a été affirmative sur ce point.

Au moment de l'entrée à l'hôpital l'enfant est assoupi, la peau est chaude, il a cinquante-quatre respirations à la minute, le thermomètre marque 40°4, la toux est à peine perceptible. Il a eu quatre selles dans la journée ; pas de vomissements.

Examen. — Zone de matité au sommet gauche avec souffle tubaire et quelques râles sous-crépitaux autour de cette zone. *Diagnostic* : Pneumonie du sommet gauche. *Traitement* : Bains toutes les trois heures.

Les jours suivants la température se maintient à 39°6 et 40 degrés. La défervescence se produit brusquement le 26 février. Pendant quatre jours encore on perçoit des râles sous-crépitaux, puis retour à la santé.

OBSERVATION V

Hekimoglan de Xanthie. (*Journal des Praticiens* 1906, p. 839.)

*Enfant de onze mois. Pneumonie de la base du poumon gauche.
Forme éclamptique.*

A. H..., âgé de onze mois. Père bien portant a eu la syphilis dix ans auparavant. Mère bien portante.

Le 12 avril 1898, l'enfant a eu des convulsions qui ont duré deux heures. Température 40° 6. Le lendemain 39 degrés, nou-

veau retour des convulsions qui ont cédé à un bain à 33 degrés, d'une durée de vingt minutes. Le soir température 40° 8. Les convulsions se répètent les troisième, quatrième, cinquième et sixième jours. Température 40 et 40° 9, opisthotonos, strabisme divergent, pupille rétractées, signe de Kernig, état désespéré, presque comateux. Le soir du septième jour, souffle à la base du poumon gauche qui n'avait pas été examiné jusqu'à ce moment. Température 39° 8 râles sibilants. Le lendemain état meilleur. Trois jours après tous les symptômes méningitiques ont disparu ainsi que les phénomènes locaux. Dans ce cas, avec la balnéation froide, je me suis servi de frictions mercurielles sur le corps de la petite malade, vu que son père était un ancien syphilitique.

OBSERVATION VI

(Carron de la Carrière. — Thèse de Paris, 1886.)

*Pneumonie franche du sommet droit, chez un enfant de douze mois.
Défervescence le septième jour*

D..., Fernande, douze mois, entre le 24 janvier 1885 aux Enfants-Malades, salle Sainte-Thérèse, n° 24. Pâle, maigre, chétive, nourrie au biberon. Malade depuis deux jours. Le 22 janvier, à la suite d'une promenade, prise brusquement dans la soirée de fièvre, d'oppression et de vomissements.

A son entrée, respiration fréquente (R. 46) et irrégulière. Toutes les 6 ou 8 respirations pause notable, puis rythme précipité, recommence pour s'arrêter de nouveau. Ces temps

d'arrêt sont comparables à ceux que l'on observe dans la méningite tuberculeuse. Le pouls a les mêmes caractères, à 110, il présente à intervalles inégaux des irrégularités très nettes. Il n'y a pas d'intermittences, mais, de temps en temps, 10 ou 12 pulsations sont plus espacées les unes des autres que celles qui les précèdent et que celles qui les suivent. La toux est petite, sèche, saccadée, tantôt une seule secousse expiratrice, tantôt trois, quatre, surviennent à la suite et forment par leur ensemble une petite quinte. La toux avait passé inaperçue à la mère.

Soif vive, l'enfant cherche la tétine, mais cesse bientôt de téter parce qu'elle étouffe. Battements des ailes du nez, rougeur intense de la pommette droite, abattement, prostration.

L'examen de la poitrine révèle, au niveau de la fosse sus-épineuse droite, une matité absolue avec un souffle dur, retentissant, se prolongeant du côté de l'aisselle ; d'autre part quelques râles sibilants et humides disséminés çà et là dans les deux poumons.

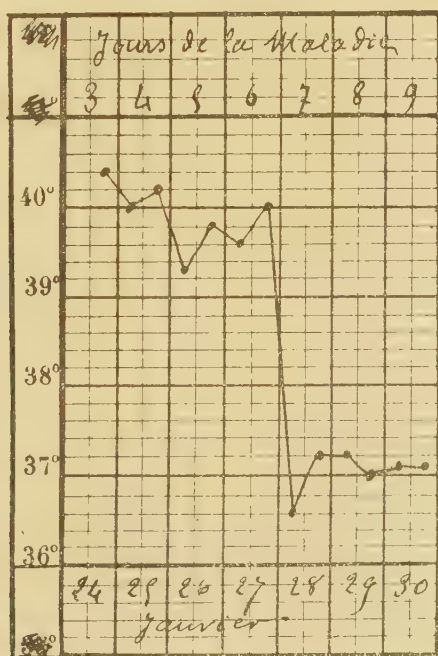
25 janvier. — Même état général et local. Pas de garde-robe depuis l'entrée (magnésie).

26 janvier. — Les râles de bronchite ont disparu et le souffle du sommet droit s'accompagne de râles crépitants.

27 janvier. — A 6 heures du soir l'enfant est dans un état alarmant, dyspnée plus vive, agitation, anxiété. Pouls petit, trop rapide pour être compté. Peau chaude mais moins sèche qu'au début, un peu moite. Cependant, les signes locaux de la poitrine sont restés les mêmes et l'examen minutieux ne permet de constater aucun point de congestion pulmonaire.

28 janvier. — Ces phénomènes ont duré pendant la moitié de la nuit environ, et se sont accompagnés à la fin de sueurs

abondantes et de fréquentes évacuations diarrhéiques. Puis, l'enfant s'est endormie et le lendemain l'état est tout à fait changé. L'enfant est calme et tête bien. La température pendant la nuit est tombée de 40 degrés à 36°5. La peau est fraîche et humide, la respiration régulière et fréquente, le pouls est relevé et égal. Quant aux signes stéthoscopiques, ils sont peu modifiés. Le souffle existe toujours dans la fosse sus-épineuse droite, mais il a une moins grande intensité et de plus il s'accompagne de bouffées de râles crépitants et sous-crépitanants fins.



29 janvier. — L'état général reste bon depuis hier.

L'enfant s'alimente bien. Le souffle diminue, et tend à être remplacé par des râles sous-crépitanants fins.

30 janvier. — Le souffle ne s'entend plus que sur un espace très limité.

31 janvier. — Le souffle a disparu. Il reste quelques râles humides.

1^{er} février. — L'enfant doit être considérée comme guérie, quoique les phénomènes de résolution ne soient pas complets. Elle sort de l'hôpital sur la demande des parents.

OBSERVATION VII

(Terrien. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1905.)

Pneumonie de la base gauche. — Mort subite. — Autopsie.

Enfant de dix-huit mois

L'enfant Armandine F..., âgée de dix-huit mois, entre salle Parrot le 21 décembre 1903 pour des accidents pulmonaires d'apparition récente. Née à terme, nourrie au sein, elle a marché à quatorze mois, aucune affection jusqu'à la maladie actuelle.

Il y a huit jours l'enfant a été prise de fièvre de toux ; depuis ce temps, dit la mère, elle respire péniblement, comme c'est la règle à cet âge, on note au début ni frisson, ni de point de côté ; il n'y a même pas de convulsions ni de vomissements.

Examen de la malade. — Enfant pâle, dyspnée peu accentuée, un peu de toux, depuis quelques jours il est survenu une légère diarrhée. L'examen du thorax révèle les signes suivants: la base du poumon gauche est absolument mate et à ce niveau on perçoit un souffle tubaire, il y a des râles sous-crépitants fins dans la ligne axillaire.

23 décembre. — Mêmes signes physiques, la matité sem-

ble s'être accentuée ; l'existence d'un souffle tubaire et des râles ne permettent pas d'éliminer sûrement chez l'enfant le diagnostic d'épanchement. On fait une ponction exploratrice pour s'assurer qu'une pleurésie purulente n'existe pas ; résultat négatif. Le fibrin-diagnostic au contraire donne un résultat net et positif. La température a baissé un peu, 39° 2 hier soir, 38° 8 ce matin, elle remonte le soir à 39° 4.

24 décembre. — Défervescence brutale de la température de 38° 1 le matin à 36° 4 le soir.

25 décembre. — Mêmes signes physiques, l'enfant cependant est en bon état et joue sur son lit, la température reste à 37° 2 le matin et le soir.

26 décembre. — A la base du poumon gauche, on perçoit toujours de la matité, du souffle tubaire, il y a de plus des râles sous-crépitaux de retour. L'aspect de l'enfant reste satisfaisant néanmoins. Sa température est montée hier soir à 38° 5, ce matin elle est encore à 38° 6. Il n'y a pas de dyspnée, cependant l'état général de l'enfant semble s'être amélioré encore. On pense que cette reprise de la fièvre n'a aucune signification fâcheuse.

27 décembre. — L'interprétation favorable donnée hier à l'élévation passagère de la température semble justifiée aujourd'hui. Très bonne apparence de l'enfant, température 37° 5 ce matin, pas de dyspnée ; elle paraît en pleine convalescence, cependant, persistance des signes physiques. Vers 3 heures la surveillante remarque que l'enfant est cyanosée et respire difficilement, les extrémités sont froides. On met l'enfant dans un bain sinapisé, on fait une injection d'huile camphrée, légère amélioration. Quelques heures après la cyanose reparait et l'enfant dans la soirée succombe presque subitement.

Autopsie. — Lorsqu'on enlève le poumon gauche, on constate des adhérences à la paroi thoracique, surtout au niveau de la scissure interlobaire, adhérences marquées également au niveau de la base. L'arrachement des fausses membranes au niveau de la scissure interlobaire provoque l'écoulement de quelques gouttes de pus. Le lobe inférieur du poumon gauche est tout à fait hépatisé, pas de pus dans les bronches. un peu d'œdème de la base. La péricarde contient une certaine quantité de liquide jaunâtre, louche et purulent ; sur ses parois on note un dépôt fibrineux assez abondant. Il y a dans le cœur des caillots cruoriques agoniques. L'examen bactériologique décèle la présence du pneumocoque dans les exsudats péricardique et interlobaire.

OBSERVATION VIII

(Rabant. — Thèse de Paris, 1902.)

Vingt mois. — Pneumonie du sommet gauche, défervescence le septième jour

R. G..., âgé de vingt mois, entre le 17 mai aux Enfants-Malades, salle Blache, n° 16.

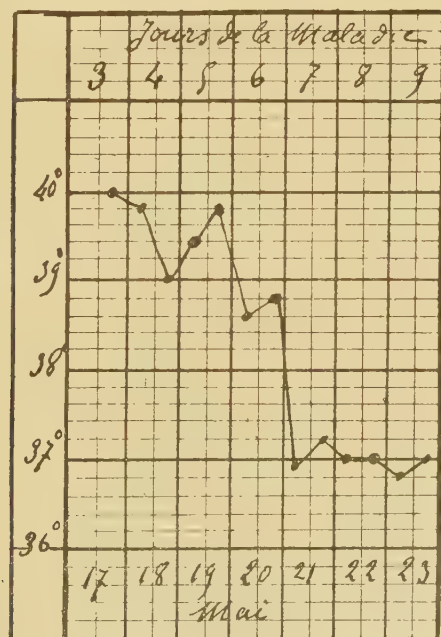
Il est malade depuis deux jours. Il a été pris de fièvre, de vomissements à plusieurs reprises. Il a une toux sèche et se plaint vivement du côté gauche ; les nuits sont agitées. A son entrée on constate de l'herpès labial. Au sommet gauche en avant, la percussion donne de la submatité, l'auscultation fait entendre un souffle rude et des râles humides. Le 17 au soir, température 40 degrés, pouls 140, respiration 52. On fait le

diagnostic de pneumonie et on prescrit des enveloppements humides.

18 mai. — Température du matin $38^{\circ}8$, du soir 39 degrés. Pouls 142, respiration 50. Le souffle est nettement tubaire, l'état général de l'enfant est assez bon.

20 et 21 mai. — Descente en deux temps, de $39^{\circ}8$ à $36^{\circ}9$, descente suivie parallèlement par la respiration et le pouls. Excellent état général, le petit malade qui joue, s'alimente et dort bien.

Au niveau de la lésion, le souffle persiste quelques jours en s'atténuant de plus en plus. Le 27 mai l'enfant est rendu à sa famille.



OBSERVATION IX

(Lignon. — Thèse de Montpellier, 1882.)

Enfant de vingt-deux-mois. — Pneumonie franche du sommet droit. — Défervescence brusque au septième jour

Le 5 janvier 1881, nous trouvons couché, n° 56 de la salle des femmes fiévreuses de l'hôpital de Toulon, un petit garçon de vingt-deux mois, bien constitué, n'ayant pas présenté de maladies antérieures. Le père d'une bonne santé habituelle s'est livré à des excès alcooliques. La mère présente une susceptibilité toute particulière de l'appareil respiratoire, elle est sujette aux bronchites fréquentes, de plus, elle a éprouvé deux atteintes de rhumatisme articulaire aigu.

L'enfant présente depuis deux jours de la fièvre et une oppression marquée. Le troisième jour il était mal entrain et inquiet, vers le soir, des vomissements surviennent accompagnés d'agitation de fièvre vive ; une toux pénible l'obsède. La nuit est mauvaise et la journée du 4 ne se passe guère mieux. L'enfant est en proie à une agitation très vive, le visage est fortement coloré, la dyspnée extrême, la chaleur intense.

C'est seulement dans la journée du 5 que nous voyons le malade. Les yeux sont brillants, le visage animé, les pommettes, la droite surtout, sont vivement colorées ; l'enfant se plaint continuellement, la respiration est difficile, anxieuse, la toux est sèche et fréquente. Mouvements respiratoires 56. Pouls 140. Langue un peu blanche, anorexie complète.

La percussion donne dans la moitié supérieure de la poitrine,

en arrière et à droite, une matité assez nette dans la fosse sus-épineuse. A ce niveau, souffle assez intense qu'accompagnent des râles sous-crépitaux fins, éclatants à la fin de l'inspiration. Retentissement du cri et de la toux. Température axillaire 40° 2. Régime lacté, lait, potion avec looch blanc et oxyde blanc d'antimoine.

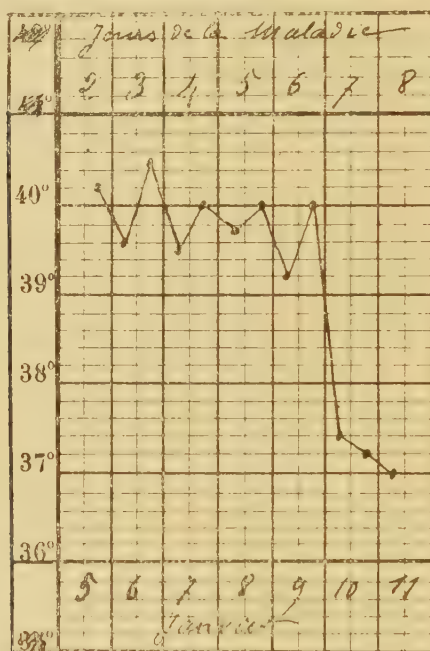
6 janvier. — L'état fébrile persiste, la peau est chaude et sèche. Température axillaire, 39° 6, pouls très fort, 128 pulsations par minute. Les signes stéthoscopiques sont les mêmes que la veille. Dyspnée toujours intense, 54 mouvements respiratoires à la minute. Soir, température 40° 5. Pouls, 120. Même régime et traitement.

7 janvier. — Nuit très agitée, l'enfant n'a fait que se plaindre, un peu de diarrhée, quelques vomissements. Pas de modifications notables depuis la veille, oppression, dyspnée, 56 mouvements respiratoires, pouls, 132, température axillaire, 39° 5. Le soir, pouls, 128 ; température, 40° 1.

8 janvier. — L'enfant n'a plus vomi depuis la veille, la nuit a été relativement calme, cependant la toux fréquente a fatigué l'enfant que nous trouvons un peu plus abattu. Mouvements respiratoires 56, pouls 132, température 39 degrés, mêmes signes et traitement.

9 janvier. — Nous sommes au sixième jour de la maladie, la fièvre est toujours intense. La peau présente une chaleur vive, l'agitation est grande et le petit malade se plaint continuellement ; l'état général semble pourtant bon. Les signes stéthoscopiques ne sont guère modifiés. Cependant, les râles sous-crépitaux mêlés au souffle semblent plus gros et plus humides. Mouvements respiratoires, 52, pouls 128, température, 39° 2. Soir, température 40 degrés.

10 janvier. — L'enfant semble tout à fait bien. La fièvre a disparu, le thermomètre placé dans l'aisselle ne s'élève pas au-dessus de $37^{\circ}4$. Mouvements respiratoires 24, pouls 108. L'enfant ne s'est plaint que pendant la première partie de la nuit, le lendemain il a été pris comme d'une faiblesse, la respiration devenait plus facile et moins précipitée.



La percussion donne toujours une certaine matité au niveau de la fosse sous-épineuse droite. Le souffle existe encore, mais moins intense, il est accompagné de râles assez gros que l'on perçoit aux deux temps de la respiration. Un peu de retentissement de la toux et du cri. Pouls 96, température $37^{\circ}2$.

11 janvier. — La fièvre n'a plus reparu, l'enfant est tranquille et joue dans son lit. Il tousse cependant encore un peu.

Souffle plus vague et râles muqueux à droite surtout au niveau de la fosse sous-épineuse. Quelques sibilants à gauche. Pouls 96, mouvements respiratoires, 20.

16 janvier. — L'amélioration s'est rapidement produite, l'appétit et l'entrain ont reparu, on n'entend plus que quelques ronchus dans la poitrine. L'enfant sort le 18 complètement guéri.

OBSERVATION X

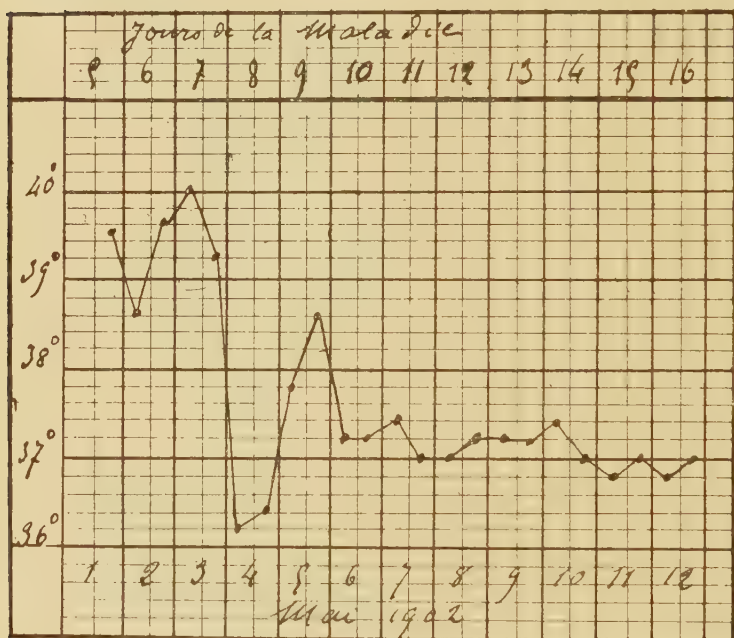
(Rabant. — Thèse de Paris, 1902.)

Enfant de vingt-deux mois. — Pneumonie du sommet gauche.
— Chute de la température le huitième jour. — Nouvelle poussée thermique le neuvième jour. — Chute définitive de la température le dixième jour.

F. G..., vingt-deux mois, entre le 1^{er} mai 1902 aux Enfants-Malades. Il est malade depuis cinq jours ; à ce moment il a été pris de frissonnements, d'une petite toux sèche et fréquente. Il refuse de manger et est dans une légère prostration.

A son entrée, il se plaint d'un point de côté à gauche. La respiration est accélérée (54 à la minute) le pouls est à 142, la température à 39° 6, il a du battement des ailes du nez. On constate à la percussion, au sommet gauche, en avant et en arrière, une zone de matité occupant les deux tiers environ du poumon. L'auscultation fait entendre un souffle assez intense et des râles humides. On porte le diagnostic de pneumonie et on prescrit des bains tièdes (4 par jour).

2 mai. — La température au matin est à $38^{\circ}6$, le pouls à 140, la respiration à 55, les signes physiques sont les mêmes, le souffle est devenu nettement tubaire. La toux, la dyspnée persistent, on constate une légère somnolence. Température du soir, $39^{\circ}7$.



3 mai. — Température 40 degrés. Pouls 142. Respiration 50. Température du soir $39^{\circ}2$.

4 mai. — Au matin, on constate une brusque descente thermique, l'enfant est assis dans son lit plus éveillé que la veille, une légère dyspnée persiste encore.

5 mai. — La température remonte le matin à $37^{\circ}8$, le soir à $38^{\circ}7$, mais l'état général ne paraît pas impressionné, l'enfant est gai.

6 mai. — Nouvelle défervescence définitive cette fois à 37°5, accompagnée par une descente parallèle de la respiration et du pouls. La percussion ne montre plus que de la submatité, l'auscultation un souffle peu intense et de gros râles sous-crépitants qui vont en diminuant de jour en jour. L'état général de même s'améliore rapidement.

OBSERVATION XI

(Lignon. — Thèse de Montpellier, 1882. Communiquée
par M. L. Puech.)

Pneumonie lobaire du côté droit chez une petite fille de deux ans. — Etat bronchique antérieur, signes stéthoscopiques apparaissant le premier jour. — Chute de la température au troisième jour puis recrudescence. — Défervescence complète au huitième jour.

Catherine..., bien qu'âgée de deux ans est encore incapable de marcher. Elle est d'un tempérament lymphatique, frêle et délicat. Pas d'antécédents héréditaires connus. Quant à elle, depuis quelques jours à la crèche seulement, elle sort de l'hôpital Saint-Eloi où elle a été soignée pour une coqueluche. Elle tousse encore assez fréquemment, mais la toux est humide et l'enfant en semble très peu incommodée ; quelques râles muqueux dans la poitrine.

Dans la nuit du 11 au 12 mars 1881, on entend l'enfant se plaindre vivement, elle est en proie à une agitation extrême,

elle se débat et pleure, les yeux sont brillants, le visage vivement coloré, la peau brûlante.

21 mars au matin. — L'enfant est couchée sur le dos, elle est fort assoupie. Parfois elle sort de sa torpeur et se montre inquiète ; elle ne cesse de se plaindre. La respiration est en quelque sorte retenue, les ailes du nez se dilatent, les mouvements respiratoires sont précipités, 56 à 60 respirations par minute. le type abdominal de la respiration est exagéré. Mouvement fébrile intense, pouls 140, température 39°6. On ne constate rien à la percussion. A l'auscultation, respiration exagérée supplémentaire à gauche de même qu'en avant et à la base du poumon droit quelques gros râles sonores, muqueux en ce point. Mais en gagnant du côté de la région axillaire, on entend vers le bord externe de la fosse sous-épineuse, dans un espace assez limité, des râles sous-crépitaufs fins, éclatants sous l'oreille pendant l'inspiration. Ces râles persistent le soir et sont perçus avec la plus grande netteté. Régime : bouillon, lait, potion avec looch blanc et oxyde blanc d'antimoine à prendre par cuillerée à café toutes les deux heures.

13 avril. — L'enfant n'a pas trop bien passé la nuit, elle s'est montrée agitée, inquiète. Elle se plaignait et pleurait sans cesse. La fièvre était très vive, l'oppression considérable, quelques vomissements. Ce matin la toux est sèche, un peu quinteuse ; la malade est toujours un peu assoupie ; les pommettes sont toujours vivement colorées, la droite surtout. La dyspnée est grande, les mouvements respiratoires précipités, 56 à la minute. Le pouls est plein, dur et fréquent, 160 pulsations.

La petite malade se détourne de la lumière qui paraît la fatiguer.

Les signes locaux sont toujours les mêmes. Il existe une submatité très appréciable au niveau du point atteint. Les sous-crépitants s'entendent toujours fins et nombreux. Au sommet droit on perçoit aussi du souffle. Respiration supplémentaire et un peu de souffle dans le reste du poumon droit et dans le poumon gauche, température 39,3.

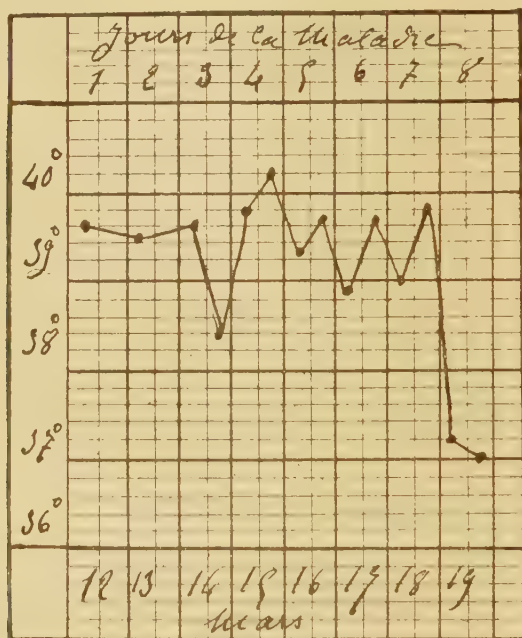
La malade demeure en proie à l'abattement dans la journée. Le soir, l'état est à peu près le même que le matin. Au sommet droit on entend distinctement du souffle qu'accompagnent quelques râles sous-crépitants. Température 39,5.

14 avril. — La nuit a été à peu près aussi mauvaise que la dernière. L'enfant n'a cessé de se plaindre. Elle est encore très inquiète ce matin. Cependant, l'état général n'est pas plus mauvais, l'abattement semble moindre au contraire. La fièvre persiste cependant assez élevée ; température 39,6. Le pouls est à 140 et les mouvements respiratoires au nombre de 52 à la minute. Mêmes signes, même traitement.

La journée est excellente, le mieux semble se montrer, la somnolence disparaît, la fièvre baisse, le thermomètre atteint seulement le soir 38,4. Les signes locaux persistent cependant encore, la submatité est appréciable à la percussion ; le souffle existe toujours au même point ainsi que les sous-crépitants. La dyspnée est beaucoup moindre, 40 mouvements respiratoires à la minute, l'oppression a diminué, l'enfant est assez gaie et ne se plaint aucunement.

15 avril. — La nuit se passe fort bien, mais vers la pointe du jour l'enfant commence à pleurer et à se plaindre. La fièvre reparaît très intense. Les pommettes sont vivement colorées. L'oppression, la dyspnée sont aussi grandes qu'au début de la maladie, les mouvements respiratoires sont aussi nombreux.

Le pouls plein, fort et dur est à 128, la température est à 39°8. Souffle très intense et râles sous-crépitaux fins toujours au même point du poumon droit, mais sur une étendue un peu plus considérable. Matité assez nette à la percussion. Respiration forte, bronchique dans le reste du poumon droit ; dans le poumon gauche quelques gros râles disséminés. Soir même état de somnolence. Température 40°2.



16 avril. — Peu de modifications. Agitation moindre ; l'enfant a assez bien dormi la nuit dernière. Température 38°9. Respiration 48. Soir température 39°7.

18 avril. — Souffle persiste toujours avec la même intensité. Sous-crépitaux dans une zone assez étendue au niveau de la fosse sous-épineuse et matité en ce point. Température du matin 39 degrés, du soir 39°8.

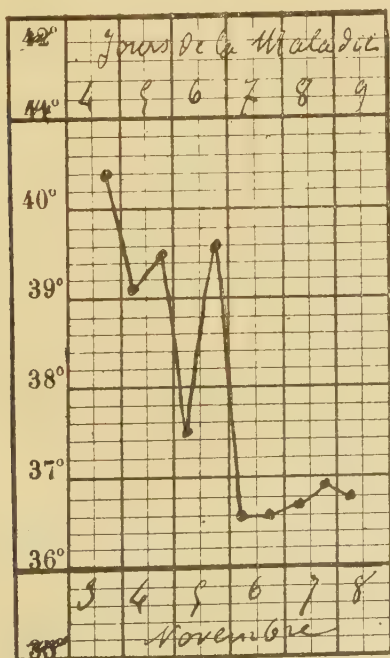
19 avril. — Nous voyons au matin la malade reposant tranquillement, la respiration est calme et régulière. Le visage a repris sa coloration naturelle. Température $37^{\circ}2$. Le soir la petite malade demande à manger, elle a repris son entrain et au bout de deux ou trois jours elle est tout à fait bien. La convalescence est rapide.

OBSERVATION XII

(Bonnard-Favre. — Thèse de Paris, 1897.)

*Enfant de deux ans. — Pneumonie du sommet droit
Défervescence le septième jour*

D..., Lucie, âgée de deux ans, entre à l'hôpital le 3 novembre 1897. Début le 31 octobre par des vomissements, de la



fièvre sans délire, toux modérée. L'enfant est violacée, elle a

tendance aux refroidissements des extrémités avec cyanose. (R. 36.) Dyspnée. A la percussion on a de la submatité à droite, et à l'auscultation dans la fosse sus-épineuse droite, léger souffle tubaire avec quelques râles sous-crépitaux. Le 7 novembre il n'y plus de signes d'auscultation.

OBSERVATION XIII

(Lignon. — Thèse de Montpellier, 1882.)

Enfant de deux ans. — Pneumonie du sommet droit. — Signes stéthoscopiques le deuxième jour. — Maximum de la température le matin. — Défervescence le cinquième jour.

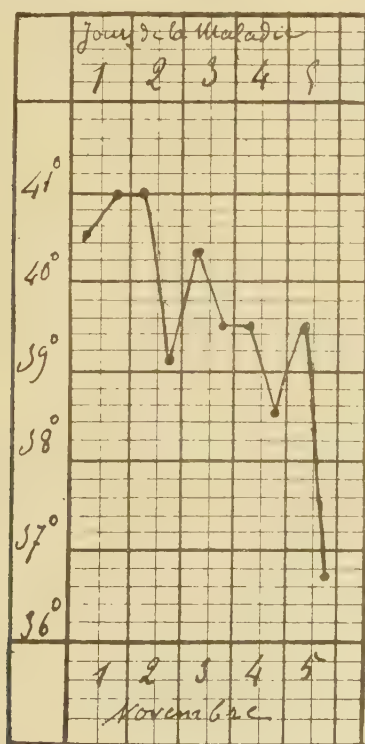
Il s'agit d'une petite fille de deux ans, entrée depuis peu à l'hôpital Général, et sur les antécédents de laquelle il est impossible d'obtenir aucun renseignement. Elle est d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique.

1^{er} novembre 1880. — Elle est brusquement prise de vomissements, puis d'une fièvre vive. La peau est brûlante au toucher, l'enfant est triste, abattue. L'oppression est grande, la dyspnée assez marquée, la toux sèche et rare. Température 40°5. Pouls 124. Respiration 48. Soir, le même état persiste ; la malade est en proie à l'abattement. Rien à la percussion et à l'auscultation. Température 41 degrés. Pouls à 124. Respiration 48.

2 novembre. — Fièvre toujours intense, l'enfant semble souffrir d'une violente céphalalgie et détourne les yeux de la lumière. De plus en plus gênée, la respiration ne se fait que par saccades. Matité à peine sensible dans le creux de l'aisselle gau-

che, quelques râles sous crépitants fins à ce niveau. Température 41 degrés. Pouls 136. Respiration 52. Potion looch blanc et oxyde blanc d'antimoine. Soir, visage très animé, pommettes rouges, matité assez intense dans le creux de l'aisselle gauche et sons crépitants fins. Température 39°1. Pouls 132.

3 novembre. — La malade est pâle et accablée, la peau est toujours chaude. Les mêmes signes persistent dans le thorax. A l'auscultation souffle mêlé de sous-crépitations. Respiration supplémentaire à droite. Matin, température 40°3, Pouls 160, Respiration 48. Soir, température 39°5, mêmes signes.



4 novembre. — Même état à peu près. Souffle tubaire au sommet gauche mêlé de sous-crépitations. A droite respiration

supplémentaire. Matin, température 39°5. Pouls 160. Respiration 48. Soir, température 38°5.

5 novembre. — L'enfant semble mieux aller, elle est moins affaissée. La peau n'a plus une chaleur âcre et mordicante. Le souffle tubaire diminue d'intensité. Température 39°5. Pouls 140. Respiration 48. Dans l'après-midi l'enfant a paru beaucoup plus abattue, elle est demeurée en proie à une prostration excessive, peu à peu, elle est sortie de sa torpeur. Le soir elle semble tout à fait bien ; la fièvre est tombée. Quant à l'état local, il est toujours à peu près le même. Le souffle est pourtant moins intense. Température 36°7. Pouls 120. Respiration 36.

6 novembre. — L'enfant va bien, l'apyrexie est complète, les symptômes locaux persistent encore pendant quelques jours.

10 novembre. — L'enfant est tout à fait rétablie, les signes locaux ont sensiblement diminués.

OBSERVATION XIV

(Laclautre. — Thèse de Paris, 1896-1897.)

Enfant de vingt-neuf mois. — Pneumonie du sommet droit.
— *Signes stéthoscopiques apparaissant le troisième jour.*
— *Déferescence en deux temps au sixième et septième jour.*

Raoul H..., vingt-neuf mois, nourri au sein, entre salle Blache le 24 décembre 1905 pour une légère boiterie qui semble due à une luxation congénitale de la hanche.

L'enfant a eu trois frères morts de méningite. On constate une élévation rectale de 40 degrés qui attire l'attention. On

examine longtemps le malade. Le poumon, le cœur non plus que les autres organes ne révèlent rien.

7 janvier. — A l'inspection, on constate une légère accélération des mouvements respiratoires avec un peu de dilatation des ailes du nez à l'inspiration. Pas la moindre matité en avant et en arrière de la poitrine. A l'auscultation à droite on trouve une respiration moins franche sans aucun signe caractéristique, ni râles d'aucune sorte, ni souffle.

En l'absence de signes on s'inquiète de symptômes qui sont tout à fait négatifs. Pas de toux, pas d'agitation ni de plaintes de la part du malade. Le pouls bat à 110. Température rectale le matin 39°8, le soir 40 degrés. Urines normales.

8 janvier. — La respiration est moins profonde. Les deux côtés du thorax ne se dilatent pas d'une façon identique. Le rythme respiratoire est régulier mais nettement accéléré. Pas de matité à la percussion mais l'exploration semble douloureuse ; à droite, si on en juge par la grimace que fait l'enfant, le palper de l'abdomen et une légère pression à droite immédiatement sous le rebord des fausses côtes provoquent des pleurs de l'enfant plusieurs fois de suite. A l'auscultation ni râles, ni souffle, mais diminution notable de l'amplitude respiratoire. Le pouls bat à 108. Température rectale le matin 39 degrés. Le soir 40°3. Urines normales.

9 janvier. — Respiration notablement gênée à droite, submatité sus-épineuse descendant un peu dans la fosse sous-épineuse. Pas de souffle. Toux brève, légère et rare, semble douloureuse. Le pouls bat à 115. La température rectale est le matin à 39° 5, le soir à 40°4. Urines normales.

10 janvier. — Mêmes signes, la matité est plus franche. Souffle léger dans l'aisselle, quelques râles crépitants fins à

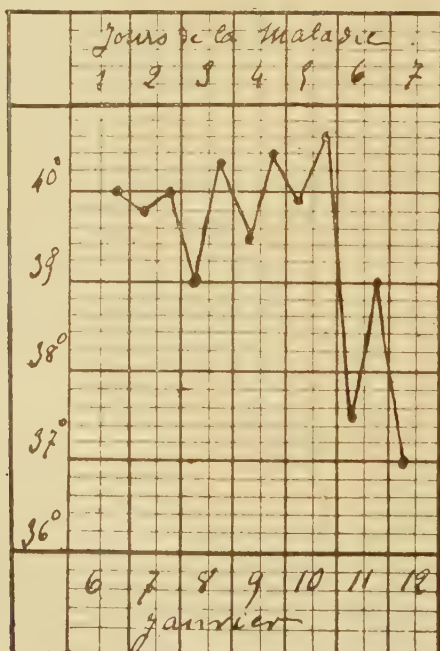
l'inspiration. Pas d'expectoration, rien du côté du cœur. Pouls 124, température matin 39° 9, soir 40° 6. Toux plus fréquente le malade est abattu. Visage plus coloré que d'habitude. Urines moins abondantes.

11 janvier. — Mêmes signes symptomatologiques, râles humides sous-crépitaants. Température le matin très abaissée 37° 5, le soir 39 degrés, état général meilleur.

12 janvier. — On n'entend plus que quelques râles sous-crépitaants ; la matité a disparu. Température normale. Etat général bon.

13 janvier. — Le malade semble complètement guéri. Il ne conserve qu'une légère diminution de l'amplitude respiratoire à droite.

14 janvier. — Le malade va bien.



OBSERVATION XV

(Bonnard-Favre. — Thèse de Paris, 1897.)

*Enfant de deux ans et demi. — Pneumonie de la partie
moyenne du poumon gauche, — Convulsions.*

S... Alice, âgée de deux ans et demi, entre à l'hôpital le 22 février 1897. Début le 18 février par toux sèche. Pas de vomissements. Le 20 fièvre ; le 21 convulsions éclamptiques (40° 5) avec morsure de la langue. Perte d'appétit sans convulsions ni diarrhée. Le 22 (T. 39 degrés) dyspnée. La percussion révèle de la dureté et de la submatité à la base gauche en arrière, l'auscultation quelques râles à la fin de l'inspiration. Le soir délire analogue à celui des alcooliques. Le 24 (T. 39° 4) diminution de la dyspnée, léger souffle et râles sous-crépitaux au niveau du lobe moyen en arrière. De chaque côté de la langue sont de petites érosions avec exsudat diphtéroïde dues à la morsure de la langue dans l'éclampsie au début. Le 26 disparition des signes physiques. La température dans la nuit du 23 au 24 février (nuit du sixième au septième jour de la maladie), la température est tombée brusquement de 40 degrés à 38°6. Le lendemain elle est à 37 degrés.

OBSERVATION XVI

(Bonnard-Favre. — Thèse de Paris, 1897.)

Enfant de deux ans et demi. — Pneumonie du sommet droit
Chute brusque de la température le septième jour
Herpès labial.

B... Maurice, deux ans et demi, entre à l'hôpital le 27 avril 1896. Début le 22 avril par vomissements, fièvre, toux, insomnie.

Le 28 l'examen révèle au niveau du sommet droit en avant et en arrière de la matité et du souffle et après les efforts de toux quelques râles crépitants. L'enfant a de l'herpès labial. La température qui, le soir du 27 avril, était à 39° 6, est, le 28 au matin, à 37° 4. Les jours suivants, température normale. Le malade sort de l'hôpital le 6 mai.

OBSERVATION XVII

(Cadet de Gassicourt. — *Traité des maladies de l'Enfance.*)

Pneumonie chez un enfant de deux ans et demi.
Forme éclamptique. — Rash pneumonique

Un enfant de deux ans et demi, entre à l'hôpital le 14 mars 1896. Il a eu des convulsions à l'âge de six mois pendant le travail de la dentition, la rougeole à neuf mois dont le début a été marqué par une attaque d'éclampsie. Pas d'autres maladies.

8 mars. — Six jours avant son admission dans nos salles, il

a été pris brusquement, en pleine santé, d'attaques éclamptiques avec grimacements de la face, convulsions des globes oculaires et de quatre membres ; les lèvres sont couvertes d'une écume sanguinolente. Pendant les attaques et quelques minutes après leur disparition la face devient turgescente et violacée.

Ces convulsions se répètent un grand nombre de fois pendant les vingt-quatre heures ; il nous est impossible d'en savoir le nombre. La mère nous dit qu'elles étaient assez rapprochées pour ne pas permettre à l'enfant de reprendre connaissance et que, pendant leur intervalle, il portait constamment la main à la tête. Ce sont là les seuls renseignements qui nous sont donnés.

A son entrée, la sœur du service remarque qu'il est couvert tout entier, excepté la face, d'une rougeur vive, uniforme, d'apparence chagrinée qui à l'aspect de la scarlatine ; le soir, à quatre heures, cette rougeur a disparu. La gorge examinée à la visite du soir était saine. Dans la journée l'enfant est grognon, criard, somnolent, la nuit est très agitée.

15 mars au matin. — Septième jour de la maladie, il est plus calme mais toujours engourdi et abattu, les yeux sont fermés, les pupilles égales, la tête renversée en arrière sans raideur du cou, les mains agitées d'un léger tremblement, le ventre souple et normal ; une selle liquide. Pouls régulier rapide à 132. Température élevée, 40 degrés. En examinant de plus près le malade, je remarque alors qu'il y a un peu de dyspnée, que les ailes du nez battent légèrement. Il tousse un peu mais ne crache pas. La percussion pratiquée immédiatement donne une matité presque absolue à gauche dans toute la hauteur et l'auscultation un souffle rude tubaire avec retentissement du cri sans râles. Dans

la fosse sus-épineuse du même côté, submatité et respiration un peu rude.

Pendant les deux jours suivants, les symptômes restent à peu près stationnaires ; la somnolence persiste, les avant-bras et les mains sont agités d'un tremblement constant et dès qu'on touche le petit malade il a des soubresauts accompagnés de plaintes. Les yeux sont fermés, les paupières soulevées retombent aussitôt, les pupilles sont égales, pas de strabisme. On constate un certain degré d'asphyxie, la face est pâle, une teinte bleuâtre est répandue autour des ailes du nez et les lèvres et les joues sont légèrement violacées. Les extrémités ont une coloration normale. La respiration est régulière, haute et rapide (44), le pouls est régulier (120), la température très élevée. Quant aux signes d'auscultation et de percussion, ils sont stationnaires.

18 mars. — Le dixième jour de la maladie, après une nuit pendant laquelle tous les symptômes précédents avaient persisté, à la visite du matin, l'enfant est plus éveillé, les yeux sont ouverts, il semble faire attention aux personnes qui l'entourent ; le tremblement des extrémités supérieures a cessé et la température a fait une chute de 3°5. La défervescence est faite et la guérison assurée.

Cinq jours plus tard, tous les signes stéthoscopiques avaient disparu et l'enfant quittait l'hôpital complètement guéri. Il y était resté treize jours.

DEUXIÈME PARTIE

CLINIQUE

Il suffit de parcourir ces observations pour voir que la pneumonie du premier âge offre, dans ses grandes lignes, les mêmes caractères que celle de l'adulte. Les signes fonctionnels dans les deux cas sont très marqués ; dans les deux cas, le mode de début, le mode de terminaison et les signes physiques sont les mêmes. Cependant, par suite de la sensibilité spéciale du système nerveux des jeunes enfants, de la suceptibilité particulière de leur tube digestif, de l'absence, chez eux, de certains symptômes généralement observés chez les adultes, la pneumonie dans les premières années de la vie présente quelques particularités. En outre, la difficulté de l'auscultation des enfants de cet âge oblige à tenir compte de quelques signes physiques que l'on peut négliger chez des sujets plus âgés.

Le *début* de la pneumonie du premier âge est très bruyant. L'élévation de la température est accompagné de troubles digestifs et de troubles nerveux qui lui donnent un cachet spécial.

Les *vomissements* sont signalés comme symptômes initiaux à peu près constants. Ils s'agit de vomissements

alimentaires ou bilieux qui se répètent une ou plusieurs fois dans la journée ; ils cessent, d'ordinaire, au bout de vingt-quatre heures ; parfois, ils se répètent les jours suivants et pendant toute l'évolution de la maladie.

La *diarrhée* est plus rare. Les peumoniques sont, en effet, presque toujours constipés. Cependant, nous la notons dans trois observations (obs. II, III, VI). Quand elle apparaît, c'est généralement plus tard, au deuxième ou troisième jour seulement. Elle est d'autant plus fréquente que l'enfant est plus jeune, elle est en général légère et disparaît toujours avant la défervescence (Marfan).

L'anorexie accompagne, plus ou moins, les troubles digestifs. La soif est vive, mais les enfants, encore au sein ou au biberon, ont de la difficulté pour boire : gênés par la dyspnée, ils sont obligés, afin de respirer, de quitter à chaque instant le sein ou la tétine. La langue est chargée ; elle reste néanmoins, ainsi que la bouche, assez humide. Les gencives sont souvent enduites d'un exsudat pulvérulent (Comby).

Les troubles digestifs peuvent être si marqués que les autres symptômes passent plus ou moins inaperçus et attirant à eux seul l'attention, ils peuvent égarer le diagnostic. Il en est quelquefois de même pour les *troubles nerveux*. Ceux-ci sont aussi constants que les troubles digestifs. Ils consistent tantôt en des phénomènes d'excitation : l'enfant est agité, inquiet, pleurard, ses yeux sont brillants, ou

bien encore, il a des convulsions limitées, dans la forme normale, à deux ou trois crises (obs V, XV, XVII) ; tantôt ce sont des phénomènes de dépression qui dominent : l'enfant est abattu, somnolent, inattentif à ce qui se passe autour de lui. Les symptômes nerveux persistent pendant la période d'état. L'agitation est alors marquée surtout la nuit, le jour au contraire, le petit malade est déprimé. Ils peuvent prendre une si grande importance que l'on a décrit une forme cérébrale de la pneumonie. Nous en parlerons plus tard.

La *dyspnée*, dès le début, est intense ; elle ne se borne pas toujours à gêner la succion chez les nourrissons, dans deux cas (obs. III et XII) les enfants présentaient les symptômes d'asphyxie, de la cyanose des lèvres et de la face, du refroidissement des extrémités des membres inférieurs.

La *toux* passe presque toujours inaperçue pour la mère. Quand elle existe, elle est peu fréquente. C'est une petite toux sèche et saccadée, procédant parfois par accès si rapprochés qu'elle simule de véritables petites quintes (obs. VI). Sans être un symptôme de premier ordre, la toux est un de ceux dont il faut tenir compte, car ses caractères sont suffisamment nets pour permettre de suspecter un foyer de pneumonie jusque-là ignoré.

Deux symptômes, du début de la pneumonie chez l'adulte, importants et qui contribuent à lui donner son aspect dramatique, manquent souvent dans le premier âge ; ce sont le frisson et le point de côté !

Classiquement, le *frisson* est d'autant plus difficile à apprécier que l'enfant est plus jeune. A en juger par nos observations, on peut dire qu'il est très rare dans les premières années. Dans un seul cas nous le voyons nettement signalé (obs. I), dans un autre, on a noté simplement quelques petits frissonnements (obs. X). Le point de côté thoracique, de même que le point de côté abdominal sont également peu fréquents. Trois fois seulement, les petits malades se seraient plaints de leur côté (obs. II, VIII, X). Il est facile de comprendre que les enfants sont encore trop jeunes pour pouvoir, même s'ils parlent, préciser leurs sensations ; il est bien difficile, d'un autre côté, de réveiller par la palpation une douleur abdominale ayant quelque signification chez des enfants rendus irritables par leur maladie, qui crient dès qu'on les touche (obs. XIV).

Le début peut ne pas être brusque (obs. IV, IX, XI). La pneumonie peut être précédée par un rhume ou quelques prodromes. Un ou deux jours avant l'élévation thermique, le petit malade est mal entraîné, il présente quelques malaises, il est agité, nerveux.

Il n'y a pas, du reste, que la pneumonie du premier âge qui soit ainsi précédée par des prodromes. Chez l'adulte, dans un tiers des cas, pour certains auteurs, on observerait des douleurs abdominales, des troubles digestifs, un peu de toux quatre ou cinq jours avant le début de la pneumonie.

On a prétendu que la pneumonie est une affection des enfants robustes. En effet, dans la majorité des

cas, il s'agit de sujets vigoureux, cependant plusieurs fois nous la rencontrons chez des débilités (obs. III, VI, XI).

Dans la pneumonie de l'adulte, dès le premier jour, les *signes physiques* sont déjà assez nets. On constate de la matité, une augmentation des vibrations thoraciques, des râles crépitants et peu à peu du souffle tubaire. Dans celle du premier âge les mêmes signes existent, mais ils sont plus difficiles à percevoir. Les petits enfants, en effet, ne savent pas respirer et leur indocilité rend l'examen plus difficile; d'autre part, les signes physiques ont une *apparition tardive*. C'est là un de leurs caractères importants. Dans les cas où les petits malades ont été suivis depuis le début de leur pneumonie, les signes physiques ont apparu : une fois le troisième jour, une fois le quatrième, une fois le cinquième ; dans un cas ils ont fait complètement défaut et seul l'examen radioscopique a permis de localiser le foyer d'hépatisation. La pneumonie dans le jeune âge débute en effet souvent dans la profondeur du poumon, elle s'étend progressivement vers la périphérie et alors seulement le foyer pulmonaire peut être perçu. Cela prouve qu'il ne faut pas trop compter sur les signes stéthoscopiques pour faire le diagnostic; cependant, l'examen physique, pratiqué avec soin et méthode, permet de s'assurer de l'existence d'un foyer pulmonaire.

M. Weill, de Lyon, a insisté sur la valeur des signes fournis par l'*inspection* du thorax. En cas de

pneumonie, il y aurait défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté malade, ou tout au moins diminution d'expansion facile à percevoir par comparaison avec le côté sain. Pour mieux la mettre en évidence, on se sert de petits index de papier que l'on colle de chaque côté au niveau de la région sous-claviculaire ; l'index correspondant au côté malade reste immobile tandis que l'autre se déplace à chaque mouvement respiratoire. Ce signe serait précoce. Il débiterait avec la maladie et ne se rencontrerait pas dans les autres affections pulmonaires ; il ne serait modifié en rien par le siège de la pneumonie, et s'observerait aussi bien dans les pneumonies de la base que dans celles du sommet. Il n'aurait qu'un défaut : celui d'être inconstant (Variot).

La *palpation* ne donne pas beaucoup de renseignements chez les petits enfants à cause de leur voix trop grêle et de leur indocilité qui rendent impossible la perception des vibrations thoraciques.

La *percussion* est beaucoup plus importante. Afin d'avoir des sensations nettes, elle doit être pratiquée avec légèreté. Au niveau du foyer hépatisé, elle dénote simplement une diminution de la sonorité et une submatité variable en étendue selon celle du foyer. La matité franche est rare ; nous la voyons notée seulement deux fois (obs. VI, VII). Quand elle existe, elle fait aussitôt penser à un épanchement pleurétique. Lorsque la percussion des parties postérieures du poumon donne des résultats douteux, il faut attacher une grande importance au skodisme

sous-claviculaire. On peut affirmer, quand la percussion donne un son à tonalité élevée, à timbre creux et tympanique sous-claviculaire, qu'il existe un foyer pleural ou pulmonaire de ce côté. Ces signes fournis par la percussion sont bien plus précis que ceux donnés par l'auscultation ; ils les précèdent de deux ou trois jours, et même ils peuvent exister seuls pendant l'évolution de la maladie (Variot).

Les signes d'*auscultation* sont les mêmes que ceux de la pneumonie de l'adulte et si bien décrits par Laënnec. Au niveau du foyer le murmure vésiculaire est faible et obscur ; la respiration est accompagnée, dans l'inspiration surtout de râles crépitants. Ceux-ci « présentent l'image de bulles très fines, très égales entre elles et apparaissant très peu humides » (Laënnec). Le souffle tubaire apparaît peu après les râles ; d'abord expiratoire, on l'entend ensuite aux deux temps de la respiration.

Pour ne pas croire à un souffle tubaire là où il n'existe pas, il ne faut pas oublier que ce souffle tubaire a un timbre spécial, qu'on imite facilement en prononçant la diphtongue « ou » en soufflant entre ses deux mains. De plus, il faut savoir que, surtout chez les jeunes enfants, mais aussi chez l'adulte, normalement au sommet droit la respiration est moins vésiculaire et plus bronchique qu'au sommet gauche (Marfan), et que l'adénopathie trachéo-bronchique très fréquente dans le jeune âge exagère la respiration bronchique normale de l'espace inter-

scapulaire et la transforme parfois en une respiration soufflante.

Un dernier caractère des signes stéthoscopiques est leur *disparition lente*. Plusieurs jours après la défervescence on peut percevoir encore du souffle qui diminue peu à peu d'intensité. Les râles se sont modifiés ; on entend de gros sons crépitants humides qui indiquent la fonte du bloc hépatisé. Cette persistance des signes physiques permet de faire un diagnostic rétrospectif du siège de la lésion. Elle présente en outre, au point de vue thérapeutique, l'avantage d'indiquer que la résolution n'est pas complète et d'empêcher de commettre quelque imprudence avant que la guérison soit définitive.

Quant au *siège* du foyer : il est variable. Dans les classiques on dit que chez l'enfant il se localise le plus souvent au sommet droit puis ensuite à la base gauche. M. Marfan, d'après ses observations personnelles, trouve qu'on l'entend d'abord vers le bord spinal de l'omoplate, ensuite au sommet de la région axillaire. Voici ce que nous notons chez nos dix-sept malades : six fois le sommet droit, quatre fois le sommet gauche, quatre fois la base gauche, une fois la partie moyenne du poumon droit, une fois la partie moyenne du poumon gauche et une pneumonie centrale dont le foyer a pu être localisé par la radioscopie à la partie moyenne du poumon droit.

A la période d'état, l'aspect du petit malade est caractéristique. Le *facies* est animé, les yeux sont brillants, les pommettes colorées tandis que le reste

du visage est pâle. Souvent une seule pommette est rouge, celle correspondant au côté malade. Presque toujours, la coloration disparaît un peu avant la chute de la température. Il y a quelquefois de l'*herpès labial*, auquel il ne faut cependant pas, de l'avis de MM. Hutinel et Marfan, attacher trop d'importance, car il se rencontre dans d'autres maladies infectieuses, dans la diphtérie par exemple.

Comme chez tous les enfants, l'expectoration fait défaut. La toux est plus fréquente qu'au début. La respiration est accélérée. On note en moyenne 60 à 64 respirations à la minute, la dyspnée peut être plus violente encore. Celle-ci se traduit par un battement des ailes du nez et, en découvrant le petit malade, on voit que les contractions diaphragmatiques sont précipitées.

Le *pouls*, d'après G. A. Dotti est assez semblable à celui de la fièvre typhoïde au point de vue du rythme. Il présente de l'arythmie (obs. IV). Cette arythmie, d'après cet auteur, quand elle se montre précoce, cesse lentement ; quand elle est tardive elle cesse au contraire rapidement. Au moment de la convalescence, dans les cas graves, le pouls marche parallèlement avec l'intensité de la dyspnée et de la température, augmentant ou diminuant avec elles.

Nous avons parlé déjà des troubles digestifs. A la période d'état, la constipation est plus fréquente que la diarrhée, la *rate* est rarement augmentée de volume, mais Tordeus (*Journal des Soc. des scien-*

ces de Bruxelles, 1895) a montré l'existence d'une augmentation du volume du *foie*, ce que nous voyons vérifié par l'observation II, elle est surtout marquée au moment de la convalescence. Cet auteur y attache plus qu'une valeur symptomatique, puisqu'il voit dans ces congestions hépatiques le point de départ possible, pour plus tard, de certaines cirrhoses d'origine infectieuse.

Il est difficile, chez les petits enfants, de recueillir des urines qui semblent cependant diminuées ; l'albumine s'y rencontre quelquefois mais en petite quantité, quand elle existe. On a décrit (nous reviendrons sur ce point à propos des complications), l'existence de néphrites pneumoniques chez les enfants, mais on n'en a pas vu dans le premier âge où, en somme, l'albuminurie est toujours légère et inconstante. On trouverait, par contre, presque toujours de l'*urobiline*. La pneumonie serait même la maladie de l'enfance dans laquelle l'*urobiline* serait la plus abondante (Dr Giarre) et il y aurait peut-être un rapport à établir entre l'hépatomégalie et l'*urobilinurie*.

L'agitation et la dépression sont toujours assez marquées à la période d'état ; une fois seulement chez un enfant de deux ans et demi (obs. XVI), il y a eu du *délire* analogue à celui des alcooliques. Chez les jeunes enfants en effet, le *délire* est tout à fait exceptionnel ; il ne s'observe que chez ceux qui peuvent déjà parler. Du reste, quand il existe, il ne revêt pas la signification grave de celui de l'adulte ;

c'est un symptôme peu alarmant qui dénote simplement l'état de névrosisme du sujet (Variot).

Dans ces dernières années, Pfaundler de Munich, aurait constaté la diminution ou même *l'abolition réflexe rotulien* dans les pneumonies graves de l'enfance ; elle ne s'observerait que chez les enfants déjà grands et elle ferait toujours défaut dans la première enfance,

Dans l'observation de Cadet de Gassicourt, observation si intéressante au point de vue des troubles nerveux qui y sont signalés, est décrite l'apparition d'un rash scarlatiniforme. Le *rash pneumonique* n'est pas particulier à la pneumonie du premier âge, on le rencontre assez souvent entre cinq et dix ans. Presque toujours il s'agit d'un rash scarlatiniforme ; le rash morbilliforme existe, mais il est très rare. Il apparaît généralement au début de la pneumonie ; il est caractérisé par de grands placards diffus, très étendus qui laissent entre eux des intervalles de peau saine de coloration rouge vif sur lequel se dessine un pointillé uniforme, rouge également, de telle sorte qu'on est en présence d'un érythème semblable à celui de la scarlatine. Cet érythème envahit la surface du tronc et des membres, respectant les mains et le visage ; aussi, quand il disparaît, il n'y a pas trace de desquamation au niveau de ces régions. Il est très éphémère ; au bout de vingt-quatre heures il a presque toujours entièrement disparu. On a beaucoup discuté sur la nature du rash pneumonique ; on a soutenu qu'il

s'agissait là de phénomènes réflexes dont il fallait rechercher la cause initiale dans les lésions pulmonaires elles-mêmes ; on a aussi incriminé les médicaments. On admet, actuellement, qu'ils doivent être considérés comme de même nature que les autres érythèmes infectieux, c'est-à-dire comme dus à l'action, sur le système vaso-moteur, des poisons solubles élaborés soit par les agents pathogènes de la maladie, soit par ces agents eux-mêmes, qui agissant sur le système vaso-moteur en déterminent la paralysie. Quoi qu'il en soit, il faut connaître l'existence de ces rash pneumoniques pour éviter des erreurs de diagnostic.

L'évolution de la température de nous arrêtera pas longtemps, puisque c'est elle qui nous a servi à admettre l'existence de la pneumonie dans le premier âge. Après être montée à 39 ou 40 degrés, elle reste élevée jusqu'au sixième et septième jour, pour tomber brusquement à la normale. La défervescence peut se faire également en deux temps. La température descend la veille d'un ou deux degrés pour remonter le soir plus ou moins haut et tomber définitivement le lendemain à la normale (c'est cette première chute que l'on désigne sous le nom de *pré-crise* parce qu'elle ne correspond à aucune amélioration de l'état général mais précède simplement de quelques heures la crise terminale) ; ou bien la température tombe à 37 degrés ou au-dessous, monte dans la soirée de quelques dixièmes de degrés avant

d'arriver à l'apyrexie définitive qui apparaît le lendemain.

Pour que la chute thermique soit réellement l'indication de la fin de la maladie, il faut que le thermomètre se maintienne franchement à 37 degrés ou au-dessous les jours suivants, sans cela, on doit soupçonner une complication (obs. VII) ou l'existence d'une broncho-pneumonie. La chute thermique est précédée et accompagnée d'une certaine recrudescence des symptômes nerveux : l'enfant est très agité, il se retourne dans son lit, il est pleurard, baigné de sueurs ; quelques symptômes inquiétants au premier abord peuvent apparaître, « l'enfant a été pris comme d'une faiblesse » (obs. XI) ; on cite des cas où il était si prostré que les parents l'ont cru mort. Cependant, si on l'examine de près, on voit que la respiration est plus tranquille et moins accélérée, que la diurèse est abondante, et le lendemain, on est tout étonné de voir le petit malade gai, jouant assis sur son lit, comme s'il avait été peu fatigué par la maladie qu'il vient de traverser, alors qu'un adulte ou un enfant plus âgé, malgré la sensation de bien-être qu'il semble éprouver, pendant quelques jours encore, reste déprimé par sa pneumonie. Tout l'ensemble des symptômes qui accompagnent la chute thermique constitue la *crise terminale*.

La convalescence, dans la forme normale est rapide : l'appétit revient, les urines deviennent claires et abondantes ; au bout d'une huitaine de jours les signes physiques ont complètement disparu.

FORMES CLINIQUES

On a décrit de nombreuses formes cliniques de pneumonie infantile. Dans les unes, c'est la localisation ou l'étendue du foyer pulmonaire qui donne à la pneumonie son aspect particulier. Dans d'autres, suivant l'intensité des symptômes réactionnels, la durée de la maladie est diminuée ou augmentée. On pourrait donc nous objecter, car les autopsies font défaut, qu'il ne s'agit plus là, dans le premier âge de pneumonies franches, ou tout au moins, que leur existence, comme telles, n'est pas démontrée. C'est pour cette raison que nous classerons les formes cliniques en deux groupes. Dans le premier, nous placerons celles où le diagnostic ne peut être mis en doute, telles : la pneumonie centrale et la pneumonie massive où la marche de la maladie est typique ; nous y ajouterons deux autres formes, la forme cérébrale et la forme congénitale. La durée de la maladie, dans la forme cérébrale, il est vrai, se prolonge jusqu'au dixième ou douzième jour, mais à cette date les symptômes fonctionnels et la fièvre cessent brusquement pour faire place à la convalescence ; or les signes stéthoscopiques observés étant

les mêmes que ceux de la forme normale, nous croyons qu'il y a lieu de nier l'existence d'une pneumonie franche. La forme congénitale est très rare, mais des autopsies ont été faites qui ont permis de vérifier la présence de foyer d'hépatisation avec exsudat fibrineux dans les alvéoles pulmonaires. Dans le second groupe, que nous intitulerons : « De quelques affections pulmonaires de l'enfance qui ont été rattachées à la pneumonie franche », nous parlerons de divers états morbides qui ont été considérés comme des formes de pneumonie franche, opinion qui nous paraît ne devoir être acceptée encore qu'avec des réserves.

PREMIER GROUPE

Forme centrale ou latente. — Chez le jeune enfant, les signes stéthoscopiques apparaissent tardivement, parfois seulement au moment de la convalescence ; quand le foyer reste central (obs. III), ils peuvent faire entièrement défaut ; on dit alors que la pneumonie est latente. Son évolution est la même que celle de la pneumonie normale. C'est dans cette forme que la radioscopie est utile pour déceler le foyer de pneumonie profondément situé et inaccessible par les signes stéthoscopiques. Outre l'observation de Lecoq, le Dr E. Palier (*Archives des Maladies de l'Enfance*, 1900) cite le cas d'un enfant de dix-huit mois qui a présenté une invasion de pneumonie. Les signes physiques n'ont pu être perçus ; néanmoins la défervescence s'est faite le huitième jour.

Forme massive. — Si elle existe, elle doit être rare. M. D'Espine en rapporte un cas chez un enfant de deux ans et demi qui succomba à son affection. L'autopsie n'a pu être faite.

Forme cérébrale. — De toutes les formes cliniques la forme cérébrale est la plus importante, parce que, d'une part, elle est assez fréquente et que d'autre part elle peut être une cause d'erreur de diagnostic. Dans cette forme, les symptômes nerveux, qui normalement prennent déjà une grande place, ont une telle importance que les autres symptômes passent plus ou moins inaperçus. Rilliet et Barthez les premiers ont décrit la pneumonie centrale. Ils en distinguent deux formes secondaires : l'une méningée, l'autre éclamptique. Cette dernière est particulière au jeune âge et s'observe surtout au moment de la dentition ; nous en avons rapporté deux observations très nettes (obs. V et XVII). Elle n'est qu'ébauchée dans d'autres cas de pneumonie à début convulsif. Pour que la pneumonie mérite réellement le nom d'éclamptique, il faut que les convulsions soient violentes et se répètent pendant la période d'état de la maladie. Les convulsions dans cette forme sont tantôt générales : dans ce cas peu fréquentes suivies d'un assoupissement profond ; tantôt partielles et limitées aux mains, aux globes oculaires : elles sont alors peu fréquentes et dans l'intervalle l'enfant est en proie à une vive agitation. L'observation de Cadet de Gassicourt en est un type bien net (obs. XVII). La description que Rilliet et Barthez en ont faite est

aussi caractéristique. « Ce sont, disent-ils, des convulsions partielles ou générales qui donnent à la maladie son cachet spécial. L'éclampsie, accompagnée ou précédée de fièvre marque le début ; d'autres fois l'assoupissement et la fièvre sont les premiers symptômes et les convulsions ne se montrent qu'à une période plus éloignée, du quatrième au sixième jour. Elles sont tantôt générales, épileptiformes, tantôt partielles. Dans ce dernier cas on n'observe que quelques mouvements saccadés des extrémités supérieures accompagnés d'une sorte de carphologie et de beaucoup d'agitation ; les globes oculaires sont réellement convulsés, car il n'y a ni écume de la bouche, ni distorsion des traits. Quand les convulsions sont épileptiformes et générales, les attaques sont peu nombreuses. Elles peuvent se répéter un grand nombre de fois pendant le jour, si elles sont partielles. Après la disparition des convulsions générales, dans les cas où elles ont eu lieu au début, l'enfant reprend toute sa connaissance ; cependant il conserve encore dans son facies quelque chose de cérébral : l'œil est fixe, les mouvements saccadés, les bras tremblants ; il y a tendance à l'assoupissement. Si les convulsions surviennent dans le cours de la maladie et surtout à la fin, elles sont suivies de raideur des membres, de contractions, d'assoupissement et même de coma. »

A côté de la forme éclamptique, Rilliet et Barthélemy ont décrit une forme méningée, ainsi appelée parce qu'on y rencontre quelques signes de ménin-

gite, raideur de la nuque, contractures des membres, céphalée violente, on peut y ajouter, maintenant le signe de Kernig. Le liquide retiré par la ponction lombaire est cependant clair ; il ne contient ni albumine, ni lymphocytes. Quand il y a mort, l'examen ne permet pas de voir de lésions méningées importantes ; il y a peut-être méningite, mais méningite atténuée (Marfan). On a donc proposé de désigner cet état sous le nom de méningisme (Dupré). Contrairement à la forme éclamptique, elle se rencontre surtout à partir de quatre ou cinq ans : nous voyons cependant dans l'observation V, s'adjoindre aux phénomènes convulsifs quelques phénomènes méningés : de la raideur de la nuque et du signe de Kernig.

La défervescence dans les pneumonies cérébrales est un peu retardée ; elle s'effectue vers le onzième ou douzième jour ; elle s'opère alors brusquement et franchement et au bout de quelques jours la guérison est complète.

Pneumonie congénitale ou héréditaire. — Dans cette forme, l'enfant meurt si peu de temps après sa naissance, que son histoire clinique n'existe pas. Elle est surtout intéressante au point de vue de sa pathogénie.

La pneumonie congénitale, il y a déjà longtemps, avait été entrevue par Billard en 1828 et par Grisolle en 1841. Plus récemment, d'autres auteurs français ou étrangers en ont rapporté quelques observations ; mais en somme, c'est M. Netter qui a

publié en 1889, le premier cas complet et vraiment démonstratif (*Bull. soc. biol.*). Il s'agit d'un enfant né de mère elle-même pneumonique qui mourut cinq jours après sa naissance. A l'autopsie, on trouva une pneumonie du lobe supérieur du poumon droit avec un exsudat fibrineux au niveau des plèvres, du péricarde et au niveau de l'espace sous-arachnoïdien. L'examen microscopique démontra l'existence d'une pneumonie fibrineuse et dans l'exsudat on trouva des pneumocoques. A propos de cette observation, M. Netter a cité celles de Thorner (thèse de Munich, 1888), de Marchand (*Arch. f. path.*, 1887), de Stachan (*British medical journal*, 1886). L'année suivante, Viti en a rapporté un nouveau cas (*Arch. de Pediatria*, 1890). M. Marfan dans un article sur la pneumonie congénitale (*Revue de pédiat. et d'obst.*, sept. 1896) a publié, en plus des observations déjà citées, celles de Birch-Hirschfeld (*Beiträge für path. Anat. und für allg. Path.*, 1891), de Lévy (*Arch. f. experim. Path.*, 1890), de J. Czernetska (*Prag. Med. Woch.*, 10 mai 1894). Enfin, Flatté, dans sa thèse (Paris, 1892), a publié une observation personnelle.

Les cas de pneumonie congénitale contractés dans le sein de la mère, elle-même pneumonique, sont donc encore peu nombreux ; le plus souvent, en effet, quand l'enfant naît vivant, il meurt de septicémie pneumococcique. S'il naît avec une pneumonie, il meurt en général au bout de trente heures ; seul le malade de Netter a survécu cinq jours. Tou-

tefois, ces cas sont intéressants, ils démontrent la possibilité du passage du pneumocoque de la mère au fœtus à travers le placenta, et ils expliquent certains faits connus depuis longtemps : de pleurésie, de péritonite, de péricardite, de méningites congénitales. Mais, la rareté des pneumonies constatées chez les nouveau-nés, par rapport à ceux qui naissent de mère pneumoniques, prouve que cette transmission donne exceptionnellement naissance à une pneumonie chez les nouveau-nés. Cela tiendrait, pour M. Netter, à ce fait que, dans l'espèce humaine, la pneumonie est une affection seulement locale, de sorte que, l'avortement ou l'accouchement prématuré, si souvent observés, seraient dus non pas au pneumocoque, mais à l'excès de gaz carbonique dans le sang ou à l'hyperthermie. Chez les rongeurs au contraire, où elle est une maladie générale, la pneumonie est presque constante chez le fœtus. Quand il y a transmission du pneumocoque à l'embryon humain, presque toujours on ne trouve pas trace de pneumonie, parce que les conditions pour fixer le pneumocoque ne sont pas réalisées ; en effet, la pneumonie manque chez les mort-nés bien qu'ils soient atteints d'infection pneumonique. Il faut, pour que l'infection congénitale provoque une pneumonie, que le poulmon fonctionne, respire au moins quelques heures.

Une observation très complète, publiée récemment par MM. Ménétrier et Touraine (*Soc. Méd. des Hôp.*, 12 juillet 1907) semble mettre l'hypothèse de

M. Netter en défaut. La mère, en effet, atteinte au sixième mois de sa grossesse d'une pneumonie de la base du poumon droit, bientôt suivie de pleurésie purulente, mit au monde un enfant mort-né le onzième jour de sa maladie. Cet enfant avait succombé huit jours après le début de la pneumonie de sa mère, car, à partir de cette date, on n'entendait plus les bruits du cœur. A l'autopsie du fœtus, on trouva au niveau du lobe moyen du poumon droit un noyau d'hépatisation gros comme une noix. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait bien d'une pneumonie lobaire et l'ensemencement du sang donna des cultures pures de pneumocoque. Pour expliquer l'apparition de cette pneumonie contractée par ce fœtus dans le sein de sa mère M. Ménétrier s'est appuyé sur les expériences de Charrin qui a montré, notamment pour le foie, que la lésion d'un organe maternel retentissait sur l'organe similaire du fœtus encore contenu dans l'utérus. Il admettrait donc une action semblable pour le poumon. « Les substances pneumo-toxiques, élaborées au cours de la pneumonie de la mère, dit-il, ne pourraient-elles, transmises par la circulation dans l'organisme du fœtus, déterminer dans l'organe similaire, dans le poumon, des troubles cellulaires ou des modifications circulatoires créant un lieu de moindre résistance, permettant la fixation des germes en circulation » ?

DEUXIÈME GROUPE

*De quelques affections pulmonaires de l'enfance
que l'on a rattachées à la pneumonie franche*

Fièvre éphémère. — On a rattaché à la pneumonie franche la fièvre éphémère : simple poussée fébrile, sans prodromes et sans suite, avec minimum de symptômes contemporains de la fièvre, bénins et du reste peu caractéristiques.

Récemment, Sacquepée (*Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 20 mars 1908) semble avoir démontré que cette affection, fréquente chez les nourrissons et considérée comme due à une affection pneumococcoïque, est due, en réalité, à une petite septicémie tétragénique fugace et passagère.

Pneumonie à fièvre intermittente et rémittente. — En dehors de la fièvre intermittente à forme pneumonique, on a signalé des pneumonies chez des sujets indemnes de paludisme et survenant par poussées successives dans le processus fébrile. Madinier (thèse de Lyon, 1894) en rapporte deux cas, chez des enfants au-dessous de deux ans, dans lesquels, le matin la température est à la normale, et le soir à 40 degrés. Concetti (*Arch. des Maladies de l'Enfance*, 1900) en rapporte également un cas, chez une fillette de dix-huit mois qui n'avait ni grosse rate ni hématozoaire dans le sang. Nous ne savons pas jusqu'à quel point ces pneumonies peuvent être considérées comme des

pneumonies franches, car, dans les observations publiées, les signes physiques ont été très passagers et, outre l'irrégularité de la température, la défervescence ne s'est effectuée qu'au seize ou dix-septième jour. Aucune autopsie n'est venue vérifier le diagnostic et le fait d'avoir voulu les rapprocher de la fièvre éphémère nous éloignerait encore de l'idée de les considérer comme des pneumonies franches.

Pneumonie à rechute. — Pneumonie migratrice. — Pneumonie prolongée. — Pneumonie à forme typhoïde. — La pneumonie à rechute est souvent confondue avec la pneumonie migratrice. Cette dernière évolue par foyers successifs et envahit ainsi la plus grande partie du poumon. Il ne s'agit pas de noyaux de splénisation, comme dans la broncho-pneumonie, mais d'un envahissement graduel et de proche en proche ; elle peut avoir des rémissions, celles-ci durent vingt-quatre heures, rarement trente-six heures. La vraie pneumonie à rechute est rare ; M^{lle} Karnensky, qui a fait sa thèse sur ce sujet, n'en trouve que quinze cas, aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Quelques auteurs considèrent la pneumonie à rechute comme une forme à part, à côté des pneumonies intermittentes et des pneumonies migratrices.

Dans cette forme, la rechute est une nouvelle infection se faisant pendant l'évolution de la première maladie. Pour d'autres auteurs, et en particulier pour le Dr E. Palier, elle se rencontre dans toutes les formes de pneumonie : dans les formes abortives

et éphémères, dans les formes intenses à hépatisation durable et la rechute apparaît alors quelques heures après la première poussée ou bien au bout de cinq à six jours ; elle pourrait se faire en un même point que la poussée précédente, ou dans un autre tube. Chez les enfants du premier âge, de même que pour les pneumonies à fièvre intermittentes, à en juger par les observations publiées, il est difficile de rattacher ces formes de pneumonie migratrice ou à rechute à la pneumonie franche. Concetti en a cité plusieurs cas. L'un chez un enfant de dix-huit mois où il y a eu deux poussées successives d'une durée de vingt-quatre heures chacune, séparées par une apyrexie de deux heures ; un autre chez un enfant de trente-cinq jours, chez lequel on a observé, à la base gauche, une poussée d'une durée de deux heures, suivie, peu de temps après, d'une seconde de vingt-quatre heures de durée. Même chez les enfants plus âgés, on voit notées des poussées de température si passagères, qu'on ne peut guère croire à la formation d'un bloc d'hépatisation. Le seul cas qui pourrait nous convaincre est celui de Tordeus (*Journal de Med. de Bruxelles* 1888) observé chez un enfant de sept mois et demi. Ce malade fit une première poussée qui dura sept jours, caractérisée par une température élevée et un foyer siégeant à la base gauche au niveau duquel on entendait des râles crépitants et du souffle, puis huit jours après la défervescence en apparut une seconde qui dura neuf jours.

Dans ces formes migratrices ou à rechute, la défer-

vescence définitive est retardée, de sorte qu'on a pu les désigner sous le nom de pneumonies prolongées, qu'il faut bien distinguer de celles où la chute thermique est retardée par une complication. En dehors de ces formes, il en existerait d'autres où la fièvre n'apparaîtrait pas si nettement; Pour M. Comby (Soc. de Péd., 13 nov. 1900), ces pneumonies prolongées seraient des pneumonies secondaires auxquelles il faudrait rattacher la forme typhoïde. Dans celles-ci, la maladie débute par un état typhique durant sept à huit jours, puis apparaissent les signes de la pneumonie et les symptômes généraux s'aggravent. Pour M. Guinon, il y aurait d'abord pneumonie, puis l'infection se localiserait. Dans trois observations publiées par Raybaud (*Marseille médical*, 1902), une infection grippale semble avoir précédé la pneumonie, il est donc probable qu'il ne s'agissait pas de véritables pneumonies franches, mais plutôt de brocho-pneumonie.

Pneumonies rudimentaires et abortives. — Le mot de pneumonie rudimentaire a été créé par M. d'Espine. Il entend par là des formes de pneumonie où les signes d'infiltration pulmonaire existent, mais sont réduits à leur plus simple expression et où les signes thoraciques sont peu accentués. Il en distingue deux variétés, l'une prolongée, dont il a parlé au Congrès de Rome en 1894, que l'on rencontrerait presque exclusivement pendant les deux premières années de la vie. Dans cette pneumonie rudimentaire prolongée, la fièvre est continue, les rémis-

sions sont peu marquées, la défervescence a lieu seulement au bout de deux ou trois semaines; les signes fonctionnels se traduisent surtout par un abattement du petit malade, et, quand les signes physiques peuvent être perçus, ce qui a lieu ordinairement à une date assez tardive, on trouve de la matité au niveau du foyer pulmonaire, de la bronchophonie ou bien de l'absence de la respiration. La guérison est habituelle.

A côté de cette forme, il en distingue une seconde, la pneumonie rudimentaire abortive. Celle-ci a été étudiée par un de ses élèves, Urdariano (thèse de Genève, 1888), qui en fait une pneumonie franche de courte durée pouvant cependant avoir la durée de la forme normale. Comme dans la pneumonie rudimentaire prolongée, les signes rationnels sont peu accentués. Elle correspond en somme aux pneumonies abortives décrites par G. Sée : « La caractéristique de ces pneumonies, dit cet auteur, est la rapidité de leur évolution et leur courte durée. Elles se terminent en trois ou quatre jours, parfois le deuxième jour. La défervescence se fait toujours brusquement et rapidement, et les signes physiques de même... Cette forme appartient surtout à l'adolescence et à l'enfance ».

Pour admettre que ces pneumonies sont des pneumonies franches, les auteurs se basent sur les faits suivants : leur début et leur terminaison sont brusques, l'herpès s'observe dans quelques cas ; la succession, chez un même malade, de la pneumonie

rudimentaire et de la pneumonie franche ; enfin sur la perception possible de râles crépitants, de souffle bronchique et de bronchophonie. Mais ils admettent que le processus morbide, pour une cause ou pour une autre est limité ; aussi, a-t-on pu objecter qu'il s'agissait, dans ces formes, non de véritable hépatisation, mais de simple hyperhémie pulmonaire. Cadet de Gassicourt ne reconnaissait pas les pneumonies abortives pour de vraies pneumonies franches ; il en faisait des simples congestions pulmonaires. M. Variot dit aussi à ce sujet « qu'on est en droit de contester le terme de pneumonie et d'admettre plutôt l'existence de congestion pulmonaire. Toutes les transitions existent entre la congestion pulmonaire et la pneumonie lobaire, néanmoins, ne serait-il pas préférable de restreindre le terme de pneumonie aux congestions avec hépatisation pulmonaire (souffle tubaire, couronne crépitante), faute de quoi toutes les congestions pulmonaires pourraient, par extension, être décrites comme formes anormales de la pneumonie ? » En effet, en parlant de ces pneumonies rudimentaires ou abortives chez les jeunes enfants, d'Espine et Picot la trouvent très fréquente, si on admet comme tels les cas de fièvre éphémère. Or, nous avons vu qu'on a voulu également rattacher à cette même fièvre éphémère, qui ne serait autre qu'une légère septicémie tétragénique, les pneumonies à forme rémittente. Il vaut donc mieux, pour ne préjuger de rien, si comme on le dit dans les traités, la congestion pulmonaire est à la base de la pneumonie

et de la broncho-pneumonie, désigner simplement toutes ces formes de pneumonie sous le nom de congestions pulmonaires.

COMPLICATIONS

Les complications de la pneumonie du premier âge sont relativement peu fréquentes. Quant elles existent, elles sont les mêmes que celles de l'adulte. Les unes sont graves puisqu'elles peuvent entraîner la mort, les autres sont plus bénignes et retardent seulement la convalescence. L'évolution de la courbe thermique permet de prévoir une complication ; nous en avons un bel exemple dans l'observation de Terrien (obs. VII), où, après une chute brusque de 38 degrés à 36°4, la température remonte accompagnée d'une aggravation de l'état général qui s'était d'abord amélioré, le malade meurt et à l'autopsie on trouve des lésions pleurales et péricardiques.

De toutes les complications, les plus sérieuses semblent être la *pleurésie* purulente et la *péricardite purulente*. Elles sont souvent difficiles à diagnostiquer par le simple examen physique ; il faut surtout y penser quand chez le petit malade on voit la dyspnée augmenter, les extrémités se refroidir et le visage se cyanoser.

Comme autres complications pouvant entraîner la mort, M. d'Espine a cité un cas de *thrombose car-*

diague chez un enfant de deux ans ; M. Variot un cas de thrombose des sinus chez un enfant de deux ans qui succomba au milieu de convulsions, mais une pareille complication est d'un diagnostic à peu près impossible.

La *pneumonie massive* peut être également considérée comme une complication grave, puisque M. d'Espine aurait vu cette forme se terminer par la mort.

Toutes ces complications se rencontrent exceptionnellement chez les enfants robustes, elles se rencontrent surtout chez les enfants pâles et atrophiques (Variot).

M. Ricardière et son élève Coursault, ont signalé l'existence de *lésions rénales*, pouvant apparaître à la suite de la pneumonie des enfants ou en même temps qu'elle. Ces lésions sont annoncées par un début brusque, une élévation de température à 40 degrés, par de l'œdème de la face et des membres inférieurs, quelquefois par de l'ascite ; la dyspnée est intense, l'anorexie complète, la soif vive, les battements du cœur sont précipités, le pouls est faible, rapide, irrégulier, les urines peu abondantes, brunes, sanguinolentes, symptomatiques de néphrite aiguë. Le septième jour, dans les cas légers, tous ces symptômes s'amendent : l'œdème diminue ; plus souvent au contraire il augmente, le foyer pulmonaire s'étend et, à un moment donné, le malade meurt subitement. S'il y a guérison, la néphrite persiste encore plusieurs semaines, un mois et demi ou

deux mois. Coursault classe en trois catégories les néphrites possibles au cours de la pneumonie infantile. Dans la première, il range les cas bénins, dans lesquels la pneumonie suit un cours régulier et où la néphrite dure quinze jours au maximum. Dans une deuxième catégorie, il range les cas où la défervescence se fait au septième jour, mais où la guérison de la néphrite est longue ; enfin, dans la dernière, il place les cas graves se terminant par la mort. Ces néphrites chez les enfants du premier âge, si elles existent, doivent être rares, car il n'y a pas de cas signalés au-dessous de quatre ans.

On peut chez les jeunes enfants voir encore d'autres complications, l'*otite* par exemple, mais les plus intéressantes sont les *complications nerveuses*. En dehors de la forme cérébrale décrite par Rilliet et Barthey, il existe de véritables méningites pneumococciques. Leur diagnostic est très difficile, car leur symptomatologie est mal établie (Hutinel). Dans quelques cas, elles évoluent si rapidement que le petit malade meurt au milieu d'accidents apoplectiques ; dans d'autres, ils présentent des contractures analogues à celles observées dans la méningite cérébro-spinale ; ou bien, ce sont des symptômes de méningite de la convexité qu'on observe : du délire, des hallucinations ; ou bien, ce sont des signes de méningite basilaire semblables à ceux observés dans la méningite tuberculeuse : irrégularité du pouls et de la respiration, troubles oculaires : strabisme, myosis. La méningite pneumonique est une complication

grave qui se termine en général par la mort, mais la guérison ou le passage à la chronicité est possible. Hayem (thèse de Paris, 1905-1906) rapporte l'observation d'un enfant de deux ans et demi qui, au troisième jour de sa pneumonie, fait une otite, les jours suivants on constate de la raideur de la nuque, des contractures des membres et du tronc ; par la ponction lombaire on retire un liquide louche contenant surtout des polynucléaires et des pneumocoques. Peu après, la respiration et le pouls deviennent irréguliers. Cependant, progressivement, la température se met à descendre, l'état général s'améliore et, le vingt-cinquième jour, l'enfant est complètement guéri.

M. Leroux, dans les *Archives générales des Maladies de l'Enfance*, a publié une longue observation de méningite qui, affirme-t-il, est apparue au cours d'une pneumonie. Il s'agit d'un enfant de quatre mois. Le cinquième jour de sa maladie les symptômes pulmonaires apparurent, puis, le huitième jour, de violentes crises convulsives se répétant plusieurs fois dans la journée et durant chacune de cinq à dix minutes. Aux convulsions, s'associèrent bientôt de la raideur de la nuque et des contractures des membres. Les jours suivants les convulsions persistèrent, et dans leur intervalle, l'enfant était somnolent. Le seizième jour il tomba dans le coma. Cependant progressivement la fièvre disparut, le vingt-cinquième jour il n'y avait plus trace de symptômes pulmonaires

et l'état général s'améliore progressivement. Le vingt-neuvième jour l'enfant était à peu près guéri. On l'envoya passer quelques mois à la campagne, il en revint avec un état de santé satisfaisant, mais on constata la présence d'une hydrocéphalie.

Ces deux observations prouvent donc que la méningite, contractée au cours d'une pneumonie, est susceptible d'une guérison radicale ou quelquefois incomplète.

A côté de la méningite, on a pu voir, à la suite d'états méningitiques, des encéphalopathies méningitiques diverses. Le Dr. L. Fischer (*Journal Méd. et Chir.pratique*, 25 sept. 1896) signale le cas d'un enfant de six mois, chez lequel les phénomènes nerveux avaient été très accusés ; il y avait des spasmes unilatéraux de l'épaule, du bras, des jambes, des pieds ; du nystagmus rotatoire, de la raideur de la nuque, de l'abolition du réflexe rotulien, des convulsions suivies de stupeur. Tous ces symptômes persistèrent pendant quatre semaines après la défervescence complète et la disparition des symptômes pulmonaires.

La chorée a été signalée chez un enfant de quinze mois. (Cattaneo. *Ass. Méd. Chir. de Parme*, 29 juin 1902.)

Comme au cours de la pneumonie de l'adulte, il peut, au cours de celle des enfants du premier âge, exister des paralysies. Elles sont du reste rares. On en a vu chez des enfants de vingt-sept mois (Olliviers d'Angers), de dix-huit mois (Aufrecht), de

vingt-deux mois (Stéphan). De toutes les paralysies, l'hémiplégie est la plus fréquente, elle succède ordinairement à des crises convulsives. Il peut en exister d'autres : des paralysies du voile du palais, de la luette. Toutes sont très fugaces, elles durent quelques heures ; quand elles se prolongent, elles ne survivent pas à la guérison.

PRONOSTIC. — Exception faite des cas très rares de pneumonie chez les nouveau-nés contaminés par leur mère elle-même pneumonique, on peut dire que, dans le premier âge, la pneumonie franche guérit habituellement, puisque, sur dix-sept cas, il y a eu quatorze guérisons.

La mort, quand elle survient, est en général le fait d'une complication pleurale cardiaque ou nerveuse. L'étendue du foyer pulmonaire, cependant, aggrave le pronostic. Tandis que dans les cas normaux, où le foyer est très limité, la convalescence apparaît habituellement au septième jour, dans les cas où il est très étendu, comme dans la pneumonie massive, la mort peut survenir ; il s'agit, il est vrai, presque toujours d'atrophiques ou de débilités.

Les complications et surtout les complications nerveuses, ne sont heureusement pas toujours mortelles ; elles augmentent simplement, dans les cas favorables, la durée de la maladie et peuvent laisser quelques reliquats telle que l'hydrocéphalie qui a été signalée. Nous avons vu, en outre, que l'on avait considéré l'hypertrophie du foie, très fréquente chez

les jeunes enfants, comme l'origine possible, pour l'avenir, de troubles fonctionnels de cet organe.

Il serait intéressant de savoir si, chez les enfants du premier âge, la pneumonie peut réveiller certaines maladies latentes telles que la tuberculose par exemple. Pour cela il faudrait suivre plus longtemps les petits malades. Dans l'une de nos observations (obs. II), l'enfant, vu ses antécédents héréditaires et la cuti-réaction qui a été positive, était suspect de tuberculose ; cependant, malgré l'apparition d'une rougeole après sa pneumonie, il est sorti de l'hôpital complètement guéri.

DIAGNOSTIC

Quand nous avons discuté par quels moyens on pouvait arriver au diagnostic certain de pneumonie chez les enfants du premier âge, nous avons dit qu'il ne fallait se fonder exclusivement ni sur les procédés de laboratoire, ni sur les signes physiques, mais avant tout sur l'évolution de la température, car elle seule permet d'éviter de confondre une pneumonie franche avec une broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Malheureusement, le diagnostic ainsi fondé sur la courbe thermique est trop tardif puisqu'il ne peut être fait qu'au moment de la défervescence. En pratique, cependant, il y a intérêt à savoir, dès les premiers jours, s'il y a lieu de penser à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie, car, dans le premier cas le pronostic est généralement bénin tandis que, dans le second, il est, chez les jeunes enfants, extrêmement sévère. Aucun moyen ne devra donc être négligé pour s'assurer de l'existence probable d'une pneumonie. Si nous avons contesté, au point de vue d'une discussion théorique, la valeur de certains signes, il n'en sera pas de même au point de vue pratique. Il est bien évident que, lorsqu'on a

affaire à une maladie à début brusque, à température élevée, au cours de laquelle la toux est sèche et petite, la dyspnée marquée, le visage animé ; que de plus on trouve au sommet d'un poumon un foyer bien limité de condensation pulmonaire caractérisé par du souffle tubaire et des râles crépitants ; si en outre, l'examen des crachats, pratiqué suivant une des méthodes indiquées, démontre la présence du pneumocoque et l'examen du sang une augmentation de la fibrine, il est bien évident, disons-nous, qu'il y a lieu de penser à une pneumonie. Il faut se rappeler cependant que, à cause de l'intensité des symptômes ou de la réaction spéciale du sujet, la pneumonie peut être prise pour une autre maladie. Il faut donc savoir en faire le diagnostic différentiel.

Trois affections pulmonaires, souvent observées chez les jeunes enfants, peuvent se confondre avec la pneumonie : la broncho-pneumonie, la pleurésie, la congestion pulmonaire idiopathique.

Nous avons déjà longuement insisté sur la différence de l'évolution clinique, de la pneumonie et de la broncho-pneumonie. Nous avons vu que la confusion n'était en somme possible qu'avec la forme pseudo-lobaire ; nous n'y insisterons donc pas davantage. Nous répétons seulement, qu'en cas de doute, on ne peut se prononcer qu'après l'évolution ultérieure de la maladie.

Le diagnostic avec la pleurésie est facile ; il existe habituellement en même temps que la pneumonie un peu de pleurésie sèche, caractérisée simplement

par quelques frottements pleuraux s'entendant aux deux temps de la respiration. Quand il y a épanchement, le diagnostic se fait surtout par la percussion. Tous les médecins d'enfants sont d'accord pour admettre que jamais, ou tout au moins presque jamais, un foyer de pneumonie ne donne à la percussion un son aussi mat qu'un épanchement pleural. Nous avons vu (obs. VII) faire une ponction exploratrice parce qu'il y avait une matité telle que de suite on avait songé à une pleurésie. En dehors de la matité, la pleurésie possède ses signes stéthoscopiques particuliers ; abolition du murmure vésiculaire, souffle doux et lointain etc., enfin le début est moins brusque et les symptômes réactionnels sont moins marqués que dans la pneumonie.

La *congestion pulmonaire* idiopathique offre assez de ressemblance avec la pneumonie ; on admet même qu'elle est due au même microbe. Le début est quelquefois aussi brusque que dans la pneumonie ; plus souvent il est lent précédé par quelques symptômes infectieux, fièvre légère, troubles digestifs, etc. La toux présente les mêmes caractères que ceux de la pneumonie. Les signes physiques sont peu différents dans les deux maladies : il y a de la submatité à la percussion, mais à limites vagues ; à l'auscultation le murmure vésiculaire est affaibli, la respiration est rude ; on peut entendre un souffle mais à timbre assez doux, tenant le milieu entre le souffle tubaire et le souffle pleurétique (Marfan). Un de ses principaux caractères est sa mobilité et sa

fugacité, De plus, quand on fait tousser le malade, on entend des râles crépitants ou sous-crépitaux plus fins que ceux de la pneumonie et qui apparaissent, contrairement à ceux-ci, après le souffle. Les symptômes généraux peuvent être assez marqués, moins cependant que dans la pneumonie. Les vomissements peuvent s'observer ainsi que les convulsions. Il y a une véritable crise au moment de la défervescence, celle-ci peut se faire brusquement ou bien en lysis. Le tableau de la congestion pulmonaire idiopathique se rapproche donc beaucoup de celui de la pneumonie, mais ce n'est pas une maladie cyclique : la température tombe à une date variable, tantôt peu après le début de la maladie du troisième au quatrième jour, tantôt beaucoup plus tard après un temps indéfini.

Chez les grands enfants, à cause de la fréquence du point de côté abdominal, le diagnostic peut se poser avec *l'appendicite*. Dans le jeune âge, tout au moins avant deux ans, ce diagnostic ne peut se poser, le point de côté abdominal n'existant pas.

Quand les signes physiques manquent du côté des voies respiratoires, quand la dyspnée fait défaut et qu'au contraire les troubles digestifs, la diarrhée surtout, les troubles nerveux sont très marqués on peut penser à une *fièvre typhoïde*. C'est alors qu'on attachera une grande importance au signe de Weill, au skodisme sous-claviculaire et à la fibrino-réaction tout en se rappelant que, dans la forme typhoïde de la pneumonie, celle-ci est négative. L'examen des cra-

chats, s'il est possible, pourra être utile. Quant au séro-diagnostic, il ne peut être d'un grand secours car, chez les enfants, l'agglutination n'apparaît que tardivement, au quinzième jour ; si même il est positif, il ne faut rien conclure à moins qu'on ait la certitude que l'enfant n'a pas eu la fièvre typhoïde. M. Marfan ayant insisté sur ce fait que, dans la pneumonie les bains froids ou la quinine ne sont pas aussi capables de faire baisser la température que dans la fièvre typhoïde, on pourra par ce moyen être amené dans les cas douteux, à éliminer cette affection.

En cas de rash, suivi de sudamina, on peut songer à une *scarlatine*, mais l'érythème pneumonique n'envahit ni les mains ni les pieds et il est très fugace. Il existe cependant des éruptions de scarlatine extrêmement frustes, aussi, pour éviter tout erreur de diagnostic, il est bon d'examiner avec soin la gorge et de rechercher si, dans l'entourage de l'enfant, il n'y a pas eu de scarlatine.

La forme cérébrale de la pneumonie impose le diagnostic différentiel avec la *méningite*, d'autant plus que dans cette forme les signes physiques sont très effacés. Il faut guetter ceux-ci, qui peuvent ne se montrer qu'au quatrième ou cinquième jour et éliminer les affections donnant lieu à des signes de méningisme telles que les maladies éruptives, l'otite, la gastro-entérite, l'helmenthiase. Les convulsions dues à des lésions intra-craniennes sont suivies de symptômes graves et continus qui n'existent pas

dans la forme méningée de la pneumonie ; quand il y a coma, celui-ci est moins marqué que dans la méningite et on peut facilement en faire sortir le petit malade (Marfan). Il faut également tenir compte de l'amaigrissement qui, lorsqu'il est précoce et rapide, est un bon signe de méningite tuberculeuse ; enfin, il ne faudra pas négliger la ponction lombaire car, en cas de doute, elle est le meilleur moyen de faire le diagnostic.

TRAITEMENT

Puisque, dans le premier âge, la pneumonie est une maladie qui guérit habituellement, le traitement consistera surtout en des soins hygiéniques auxquels on adjoindra une médication symptomatique.

Le petit malade sera placé dans une pièce claire, bien aérée et facile à chauffer. La température sera maintenue aussi constante que possible, entre 18 et 20 degrés. On a proposé de saturer l'air d'une atmosphère de vapeur d'eau au moyen de bassines pleines d'eau que l'on porte à l'ébullition ; cette pratique surtout préconisée dans le traitement de la broncho-pneumonie, ne présente pas, pour M. Marfan, d'avantages bien sérieux.

Les soins de la bouche et des premières voies respiratoires sont peut être, de tous, les plus importants. Plusieurs fois par jour et toutes les fois que l'on a fait boire l'enfant, il faut lui nettoyer la bouche avec un tampon d'ouate imbibé d'eau de Vichy. En cas de coryza, on pourra mettre dans le nez, chaque soir, un peu de la pommade suivante :

Vaseline pure.....	20 gr.
Huile de vaseline.....	5

Eucalyptol.....	o	25
Menthol	o	10
(Marfan)		

Si l'enfant est très jeune, il faut le déplacer dans son berceau, le coucher tantôt sur un côté, tantôt sur un autre et ne pas le laisser trop longtemps sur le dos afin d'éviter la congestion hypostatique des bases pulmonaires.

On se contentera de donner, comme alimentation, un peu de lait. Chez les nourrissons au sein, on espacera davantage les tétées et celles-ci seront plus courtes. On coupera davantage le lait de ceux qui sont au biberon.

Pour favoriser la diurèse, on fera boire abondamment le petit malade : dans l'intervalle des repas on donnera au nourrisson de petites cuillerées d'eau bouillie ou de thé léger. et aux enfants plus grands des tisanes chaudes soigneusement sucrées.

On peut aussi, sans inconvénient, prescrire quelques boissons toniques telles que le thé ou le café, ou bien encore une potion à l'acétate d'ammoniaque :

Julep gommeux.....	90 gr.	
Teinture de cannelle.....	1	
Acétate d'ammoniaque...	o	50 ou 1 gr. suivant l'âge.

Si les petits pneumoniques sont constipés, il faut leur donner de petits lavements à l'eau bouillie ou bien, s'il y a lieu, de légères purgations. S'ils ont de

la diarrhée on restreindra leur alimentation, et, avant chaque repas, on leur donnera une cuillerée à café d'une potion au sous-nitrate de bismuth.

Enfin, il sera bon de faire un peu de révulsion au niveau du foyer pulmonaire. Pour cela, le mieux est encore de se contenter d'appliquer un petit cataplasme sinapisé. M. Marfan dans son service, prescrit toujours, en même temps, une potion faite avec 5 centigrammes d'ergotine Bonjean et III à VI gouttes de teinture de noix vomique. Cette potion a pour but de stimuler la musculature bronchique afin de favoriser l'élimination de l'exsudat et d'éviter l'encombrement des bronches.

Il est inutile de chercher à combattre la fièvre par des anti-thermiques. Ceux-ci, dans la pneumonie, ont peu d'action sur la température. Si l'on veut en prescrire, il faut choisir la quinine que l'on donnera en suppositoire et s'abstenir de l'antipyrine qui a une action dépressive sur le cœur et diminue la diurèse.

Dans les formes graves et compliquées, il est nécessaire d'instituer un traitement plus actif. Lorsque la température est élevée, lorsque la dyspnée et les symptômes nerveux sont très marqués, la balnéation est, de toutes, la meilleure médication. Bien qu'elle n'abaisse pas sensiblement la température, elle agit en augmentant la diurèse, en décongestionnant le poumon, en stimulant le cœur et en calmant le système nerveux. Chez les petits enfants, les bains doivent être donnés d'autant plus chauds qu'ils sont

plus jeunes ; on doit éviter les bains froids. Dans le service de M. Marfan, on prend la température du petit malade toutes les trois heures le jour, toutes les quatre heures la nuit, et chaque fois que la température dépasse 39 degrés, on donne un bain de cinq à dix minutes dont la température varie de 35 à 39 degrés suivant les cas.

Si, pour quelque raison, on ne peut pas donner de bains, on aura recours au drap mouillé ou bien encore à l'enveloppement sinapisé. Cette dernière méthode préconisée par Hubener, est un excellent moyen de révulsion tenant l'intermédiaire entre l'enveloppement humide et le cataplasme sinapisé. Elle consiste à faire un enveloppement avec une serviette trempée dans un mélange de 500 grammes de farine de moutarde et de 1 litre d'eau à une température de 20 degrés ; on laisse cet enveloppement quinze à vingt minutes, jusqu'à ce que la peau soit devenue rouge comme celle d'un homard puis, afin de bien nettoyer la peau, on donne ensuite un bain de quelques minutes seulement à une température de 37 ou 38 degrés. L'enveloppement sinapisé ne doit se faire qu'une seule fois par jour ; le reste du temps, on se contente de maintenir autour du thorax une serviette humide recouverte de taffetas chiffon que l'on a soin de renouveler toutes les deux ou trois heures.

En général, par ce traitement, la dyspnée diminue ; si cependant elle est par trop violente, si la face est cyanosée, on aura recours aux inhalations d'oxygène

et aux bains sinapisés. Les convulsions sont quelquefois apaisées par les bains tièdes, cependant ceux-ci peuvent provoquer de nouvelles crises. On jugera donc, suivant l'effet du premier bain, si l'on doit les continuer ou les cesser ; dans tous les cas, elles indiquent l'emploi du chloral.

Si le cœur fléchit, on s'abstiendra de tout médicament anti-thermique. On prescrira, alors, des boissons légèrement alcoolisées : on pourra donner 4 ou 5 grammes de cognac très dilué dans une infusion de thé ou de café sucrée avec du sirop d'éther à laquelle on adjoindra de l'acétate d'ammoniaque. Si l'asthénie cardiaque est très prononcée, on supprimera les bains pour les remplacer par des enveloppements humides et on fera des piqûres d'huile camphrée ou de sérum caféiné. La caféine chez les jeunes enfants doit être employée à faible dose ; on n'injectera pas plus de 6 centigrammes en trois fois par vingt-quatre heures afin de ne pas s'exposer à provoquer des accidents nerveux. S'il y a menace de collapsus cardiaque, une injection d'éther est toute indiquée.

En pratiquant de cette façon, dans les cas graves, on obtiendra certainement des résultats aussi bons, qu'en employant les injections de sérum anti-diphtérique préconisées par Talamon (Soc. Méd. des Hôp., 1901), car, si cette méthode peut être employée chez l'adulte, elle peut avoir chez les jeunes enfants un gros inconvénient. A cet âge, en effet, ils sont sujets à avoir la diphtérie, or, les injections de sérum anti-

diphtérique mettent, comme on le sait maintenant, l'enfant au bout de trente-deux jours environ, date à laquelle le sérum est éliminé, en état d'anaphylaxie pour ce sérum (Von Pirquet et B. Schick, Marfan), c'est-à-dire, qu'elles lui confèrent un état d'hypermotilité tel à l'action de ce sérum que, dès qu'on ferait une nouvelle injection, le sérum s'éliminerait en provoquant des accidents sériques. On se priverait donc ainsi, pour plus tard, s'il y avait lieu, d'un précieux médicament.

CONCLUSIONS

1° La pneumonie du premier âge a d'abord été considérée comme très fréquente ; plus tard, on en a nié l'existence. Aujourd'hui, on admet qu'elle existe, mais qu'elle est rare avant deux ans ;

2° L'évolution de la courbe thermique est la meilleure indication que nous possédions pour affirmer, durant la vie, l'existence de la pneumonie franche chez le jeune enfant.

3° La pneumonie du premier âge offre à peu près les mêmes caractères que celle de l'adulte. Cependant, elle s'en distingue par l'absence du point de côté et du frisson initial, par l'intensité des troubles digestifs et nerveux, enfin et surtout par l'apparition tardive des signes physiques ;

4° En dehors des formes massive, latente, cérébrale et congénitale, nous croyons que ce n'est qu'avec des réserves que l'on puisse considérer, chez les jeunes enfants, comme des formes de pneumonie franche celles décrites sous les noms de fièvre éphémère, pneumonie intermittente, pneumonie à rechute, pneumonie migratrice, pneumonie prolongée, pneumonie à forme typhoïde, pneumonie rudimentaire et abortive ;

5° La pneumonie du premier âge est une affection en général bénigne. Les complications sont rares. Quand elles existent, les plus fréquentes sont : la méningite, la péricardite et la pleurésie purulentes. La mort subite a été signalée ;

6° Le diagnostic se pose surtout avec la broncho-pneumonie pseudo-lobaire, ensuite avec la pleurésie, la méningite, quelquefois, en cas de rash, avec la scarlatine ;

7° Le traitement, dans les cas bénins, consiste en des soins hygiéniques ; dans les cas graves, il faut recourir à la balnéation chaude ou bien aux enveloppements humides.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY

Vu :
Le président de la thèse,
RAYMOND

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD et LOP. — Erythème au début de la pneumonie.
Revue mens. des Maladies de l'Enfance, avril 1893.
- AUFFRECHT. — Hémiplégie pneumonique. Revue mensuelle
des Maladies de l'Enfance, 1890, pp. 23-374.
- BARRIER. — Traité pratique des Maladies de l'Enfance, 1861.
- BONNARD-FAVRE. — La température dans la pneumonie chez
les enfants. Thèse de Paris, 1897.
- BOUCHUT. — Traité des Maladies des Enfants, 6^e édition, 1873,
art. Pneumonie.
- CADET DE GASSICOURT. — Leçons cliniques, 1887. Traité cli-
nique des Maladies de l'Enfance.
- CARRON DE LA CARRIÈRE. — De l'existence de la pneumonie
lobaire chez les enfants. Thèse de Paris, 1886.
- COMBY. — Traité des Maladies de l'Enfance. Grancher, Comby,
Marfan, 1^{re} édit., t. IV, art. Pneumonie.
- COURSALT. — Néphrite dans la pneumonie infantile. Thèse de
Paris, 1902.
- DUBRÉCÉ. — Contribution à l'étude du diagnostic de la pneu-
monie infantile. Thèse de Paris, 1901.
- DAMASCHINO. — Des formes de la pneumonie aiguë chez les
enfants. Thèse de Paris, 1867.
- DESCROIZELLES. — Manuel de pathologie et de clinique infan-
tile.

- ENOUF. — Contribution à l'étude de la paralysie Pneumonique chez les Enfants. Thèse de Paris, 1896.
- ESPRINE (D'). — Pneumonie abortive et rudimentaire. Revue de Médecine, 1888. Congrès de Rome, 1894.
- FLATTÉ. — Pneumonie pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1892.
- GILLET. — Particularités et formes de la Pneumonie Infantile. Gazette des Hôpitaux, 1903, p. 479.
- HANOT. — Traitement de la Pneumonie aiguë. Thèse d'agrégation, 1880, p. 35.
- HAYEM. — Etude clinique de la Pneumonie franche chez les Enfants. Thèse de Paris, 1905-1906.
- HÉNOCH. — In Traité Grancher, Comby, Marfan, t. IV, art. Pneumonie.
- HUTINEL. — Des méningites à Pneumocoques et des symptômes méningés dans la Pneumonie de l'Enfance. Semaine Médicale, 1892.
- HUZARD. — Difficultés au début du diagnostic de la Pneumonie Infantile. Thèse de Paris, 1904.
- JACCOUD. — Cliniques de la Charité, 1874, p. 23.
- JOFFROY. — Différentes formes de la Broncho-pneumonie. Thèse d'agrégation, 1880.
- KAMENSKI. — Pneumonie à rechute. Thèse de Paris, 1899.
- LACLAUSTRE. — Difficultés du diagnostic au début dans la Pneumonie chez l'Enfant. Thèse de Paris, 1896-1897.
- LEGOQ. — Examen radioscopique dans la Pneumonie chez les Enfants. Thèse de Paris, 1902.
- LEROUX. — Pneumonie à quatre mois. Hydrocéphalie. Archives des Maladies de l'Enfance, 1900.

LIGNON. — Etude clinique de la Pneumonie lobaire aiguë des Enfants. Thèse de Montpellier, 1882.

MADINIER. — De la température dans la Pneumonie Infantile. Thèse de Lyon, 1894.

MACÉ. — Etude sur les Erythèmes pneumoniques. Thèse de Paris, 1862.

MARFAN. — Formes de la Pneumonie Infantile. Semaine Médicale, 1900, p. 27.

— Formes compliquées et Traitement de la Pneumonie Infantile. Semaine Médicale, 1900, p. 95.

— Traité de Médecine. Charcot-Bouchard, art. Congestion pulmonaire.

— L'exploration des voies respiratoires chez les Enfants du premier âge. Bullet. Médical, 4 juillet 1894.

— Pneumococcies congénitales. Revue d'Obstétrique et de Pédiâtrie, janvier 1895.

MARTINET. — Formes intermittentes de la Pneumonie. Presse médicale, 8 juin 1907, p. 363.

MASCAUD. — Rapport de la congestion pulmonaire et de la Pneumonie abortive. Thèse de Paris, 1897.

MÉNÉTRIER et TOURAINE. — La Pneumonie du fœtus. Soc. Méd. des Hôp., 12 juillet 1907.

MOSNY. — Broncho-pneumonie. Thèse de Paris, 1891.

MULLER. — Statistique. Revue des Maladies de l'Enfance, 1893, p. 322.

NETTER. — Traité Charcot-Bouchard, Brissaud. Art. Pneumonie.

— Pneumonie congénitale. Bull. Soc. Biol., 9 mars 1889.

— Archives générales de Méd., mars-avril 1889.

— Semaine Médicale, 1898-1900.

- PAUMELLE. — Le pouls dans la convalescence de la Pneumonie chez les Enfants. Thèse de Paris, 1896.
- PFAUNDLER. — Abolition du réflexe rotulien dans la Pneumonie Infantile. Presse Médicale, 1902, p. 690.
- RABANT. — De la Pneumonie chez les Enfants au-dessous de deux ans. Thèse de Paris, 1902.
- RAUCHER. — Etude des formes de la Pneumonie prolongée chez l'Enfant. Thèse de Paris, 1903-1904.
- RAULINE. — Traitement de la Pneumonie chez les Enfants par les bains froids. Thèse de Paris, 1905.
- RAYBAUD. — Formes prolongées de la Pneumonie lobaire chez l'Enfant. Marseille Médical, 14 février 1902.
- RICHARDIÈRE. — Néphrites pneumoniques. Journal de Médecine Interne, 15 avril 1902.
- RILLIET et BARTHEZ. — Traité des Maladies des Enfants, 2^e édit., 1867. Art. Pneumonie. De la Pneumonie chez les Enfants, 1 vol. 1838.
- SACQUEPÉE. — Bulletin de la Société médicale des Hôp., 20 mars 1908.
- SAUBOST. — Accidents cérébraux au début de la Pneumonie chez les Enfants. Thèse de Paris, 1883-1884.
- TALAMON. — Traitement de la Pneumonie par le sérum antidiphthérique. Soc. Méd. des Hôp., 22 fév. 1901.
- TERRIEN. — Deux cas nouveaux de mort subite ou rapide dans la Pneumonie de l'Enfant. Revue mensuelle des Maladies de l'Enfance, 1905, p. 155.
- TORDEUS. — Journal de la Société des Sciences de Bruxelles, 23 nov. 1895. Pneumonie intermittente. Journal de Clin. et de Thérap. infantile, 12 août 1897.
- URDARIANO. — Pneumonie abortive. Thèse de Genève, 1888.

- VARIOT. — Traitement de la Pneumonie chez les Enfants. Journal des Praticiens, 1906, p. 41. Le délire dans la Pneumonie infantile. Journal des Praticiens, 1905, p. 487. L'Hyperthermie dans la Pneumonie infantile. Journal des Praticiens, 1906, p. 200. Le diagnostic de la Pneumonie franche infantile. Gazette des Hôp., 1905, p. 863.
- VITI. — Pneumonie congénitale. Archiv. de Pediâttria, 1900.
- VOGEL. — Traité élémentaire des Maladies de l'Enfance, 1872, p. 272.
- WEILL. — Lyon Médical, 23 juin 1901.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I. — <i>Historique. — De la fréquence de la pneumonie lobaire aiguë franche dans le premier âge. — Opinions de Valleix, Rilliet et Barthez, Ruz et Gerhard, Vogel et Bouchut, Joffroy, Parrot, Cadet de Gassicourt, Descroizelles, Carron de la Carrière, Marfan, Variot, Richardière. Statistiques.....</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Quels sont les signes qui permettent d'affirmer l'existence d'une pneumonie franche. — Définition de la pneumonie franche. — Définition de la broncho-pneumonie. — Diagnostic différentiel entre ces deux affections par: a) Les moyens de laboratoire. — Examen des crachats. — Examen du sang. — Examen radioscopique; b) L'examen clinique. — Mode de début. — Signes physiques. — Evolution de la courbe thermique</i>	19
CHAPITRE III. — <i>Observations.....</i>	31

DEUXIÈME PARTIE

CLINIQUE. — <i>Début.</i> — Troubles digestifs. — Troubles nerveux. — La dyspnée. — La toux. — Le frisson et le point de côté. — <i>Période d'état.</i> — a) Signes physiques. — Inspection : signe de Weill. — Palpation. — Percussion. — Auscultation. — Date de la disparition des signes physiques. — Siège du foyer pulmonaire ; (b) L'herpès. — Le poulx. — Le foie. — Les urines. — Les rash pneumoniques. — Evolution de la courbe thermique. — <i>Convalescence.</i>	65
FORMES CLINIQUES. — <i>Premier groupe.</i> — Forme centrale ou latente. — Forme massive. — Forme cérébrale. — Forme congénitale ou héréditaire. — <i>Deuxième groupe.</i> — De quelques affections pulmonaires de l'enfance que l'on a rattachées à la pneumonie franche. — Fièvre éphémère. — Pneumonie à fièvre intermittente et rémittente. — Pneumonie à rechute. — Pneumonie migratrice. — Pneumonie à forme typhoïde. — Pneumonies rudimentaires et abortives.....	78
COMPLICATIONS. — Pleurésie et péricardite purulentes. — Thrombose cardiaque. — Complications rénales. — Otite. — Complications nerveuses : méningées, paralysies	93
<i>Pronostic.</i>	98
DIAGNOSTIC. — a) Positif.....	100
b) Différentiel avec la broncho-pneumonie, la pleurésie, la congestion pulmonaire idiopathique, l'appendicite, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la méningite.....	101
TRAITEMENT. — Soins hygiéniques. — Balnéation. —	

Enveloppements sinapisés. — Enveloppements humides. — Méthode de Talamon.....	106
CONCLUSIONS.....	113
BIBLIOGRAPHIE.....	115
TABLE DES MATIÈRES.....	121

